

AVIS

relatif aux mesures de prévention des infections respiratoires virales (incluant la mise à jour des avis Covid-19)

31 août 2023

Le Haut Conseil de santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) par courriel en date du 21 avril 2023 (annexe 1) avec pour objectif de mettre à jour différents avis émis par le HCSP sur le Covid-19 en tenant compte de la situation épidémiologique au regard de l'évolution du SARS-CoV-2. L'objectif de cette actualisation est également de pouvoir émettre de nouvelles recommandations intégrant l'ensemble des virus à tropisme respiratoire.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) pluridisciplinaire associant des experts membres ou non du HCSP (cf. composition du groupe en annexe 2).

Préambule

Dans son avis du 26 janvier 2023, le HCSP préconisait de sortir de la situation exceptionnelle du Covid-19, de raisonner en conduite syndromique (devant des manifestations cliniques évocatrices d'infection respiratoire virale) et de promouvoir dans la population générale de nouvelles règles « universelles d'hygiène respiratoire » post-Covid-19, en particulier en période épidémique hivernale [1].

Le 5 mai 2023, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que « *le Covid-19 ne constitue plus une urgence de santé publique de portée internationale* », soulignant toutefois que « *cela ne signifie pas que la maladie n'est plus une menace mondiale* » [2].

Le rôle conjugué de l'immunité collective induite par la répétition des vaccinations et des infections naturelles et de la diminution du pouvoir pathogène des souches appartenant au lignage Omicron a transformé l'infection par le virus à SARS-CoV-2 en une virose respiratoire moins agressive que celle liée à la souche historique et à gravité moindre à l'exception des cas survenant chez des sujets très haut risque de forme grave.

L'évolution épidémiologique du Covid-19 dans le monde et en France peut être consultée sur le site de l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) et celui des autorités françaises [3].

Il semble dorénavant essentiel de proposer des mesures sanitaires adaptées à l'ensemble des virus à tropisme respiratoire (SARS-CoV-2, virus grippaux, virus respiratoire syncytial ou RSV¹, ...) puisqu'ils partagent de grandes similitudes dans leurs modes de transmission, leurs présentations

¹ Le groupe de travail a décidé de nommer le virus respiratoire syncytial (VRS) selon les normes internationales. Dans tout le document c'est donc le sigle **RSV** (*respiratory syncytial virus*) qui sera utilisé.

cliniques, les personnes à risque de forme grave et leurs mesures de prévention. Même si les co-infections sont rares, il convient de rappeler que la présence du SARS-CoV-2 n'exclut pas celle d'un autre virus à tropisme respiratoire, en particulier chez l'enfant.

Les mesures proposées ici s'intègrent donc dans une démarche syndromique et visent à proposer des conduites à tenir pragmatiques. Ces recommandations concernent le SARS-CoV-2, les virus grippaux et le RSV mais sont également adaptées à l'ensemble des virus à transmission et tropisme respiratoire.

1. Rappels sur les infections respiratoires aiguës

1.1 Clinique

1.1.1 Présentation clinique (tableau 1)

La présentation clinique des infections par les virus responsables d'infections respiratoires aiguës (IRA) est très polymorphe et peu spécifique, allant de formes asymptomatiques à des formes avec syndrome de défaillance respiratoire et défaillance multiple d'organes.

Il convient de suspecter une infection à un virus respiratoire devant toute personne présentant un ou plusieurs des symptômes suivants :

Signes généraux

- Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$, parfois absente chez le sujet âgé, le nouveau-né ou le petit nourrisson (en particulier lors d'infection à RSV) ;
- syndrome pseudo-grippal : myalgies, arthralgies, céphalées, sensation de malaise général.

Signes respiratoires

- signes d'infection respiratoire haute : rhinorrhée, pesanteur sinusienne, odynophagie, dysphonie, aspect de pharyngite à l'examen clinique, amygdalite ;
- signes d'infection respiratoire basse : dyspnée, expectorations, douleurs thoraciques, signes de trachéite, bronchite, bronchiolite, pneumonie à l'examen clinique ;
- toux.

Il est à noter que des signes digestifs peuvent être au premier plan d'un tableau clinique de Covid-19, en particulier chez les jeunes enfants.

La notion de contagion dans l'entourage (personnel, familial ou professionnel) renforce la suspicion clinique d'infection à virus respiratoire.

Les IRA peuvent d'emblée se présenter sous une forme compliquée : pneumopathie (virale ou bactérienne secondaire), atteintes extra-respiratoires, exacerbations d'asthme ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Dans de rares cas chez l'enfant, le Covid-19 peut se présenter, sous forme d'un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) post-infectieux [4] nécessitant une hospitalisation, souvent avec admission en soins intensifs, toutefois, les décès demeurent exceptionnels.

Concernant l'infection à RSV, il est rappelé que 2 à 3 % des nourrissons de moins d'un an sont hospitalisés chaque année en France pour bronchiolite [5].

1.1.2 Facteurs de risque d'infection grave (SARS-CoV-2, influenza virus, RSV, ...)

- Chez l'adulte**

Les facteurs de risque d'infection grave à SARS-CoV-2 sont très proches de ceux décrits pour la grippe ou l'infection à RSV ; en effet, pour cette dernière, au-delà du fardeau pédiatrique de la maladie, le RSV est de plus en plus reconnu comme responsable d'IRA, parfois graves, chez les personnes âgées ou immunodéprimées.

D'une façon pragmatique, il convient de considérer comme à risque d'infection grave par un virus à tropisme respiratoire les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes immunodéprimées, porteuses d'une pathologie d'organe (respiratoire, cardiaque, hépatiques, rénale, ...) ou atteintes de BPCO.

- Chez l'enfant**

L'âge reste le déterminant essentiel du risque d'hospitalisation pour l'infection à RSV, en particulier pour les nourrissons de moins de 6 mois. Par ailleurs, la prématurité est un des facteurs de risque associé les plus importants d'infection respiratoire grave à RSV en raison du faible taux d'anticorps maternels et de la vulnérabilité pulmonaire des patients, en particulier pour ceux nés avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou présentant une dysplasie bronchopulmonaire.

Tableau 1 : Principaux virus impliqués dans les syndromes respiratoires aigus [6–10]

Syndrome respiratoire	Principaux virus en cause	Autres virus
Rhinite	hRV, coronavirus saisonniers, SARS CoV-2	Influenzavirus, RSV, PIV, enterovirus, hMPV, AdV
Pharyngite	hRV, AdV, RSV, influenza virus, SARS CoV-2	Tous les virus respiratoires
Laryngite	PIV	Influenzavirus, RSV, AdV
Bronchite	hRV, PIV	Influenzavirus, RSV, hMPV, coronavirus saisonniers
Bronchiolite	RSV, hRV, hMPV	Influenzavirus, PIV, AdV, hRV, entérovirus
Pneumonie	Influenzavirus, RSV, AdV, MERS-CoV, SARS-CoV-2	PIV, hMPV ...
Syndrome pseudo grippal	Influenzavirus, SARS CoV-2	PIV, AdV
Asthme aigu grave	RSV	hRV, Influenzavirus

hRV : rhinovirus - **RSV** : virus respiratoire syncytial - **PIV** : virus parainfluenza 1-4

hMPV : metapneumovirus – **AdV** : adénovirus

1.2 Diagnostic et indications des tests de diagnostic actuels

Le diagnostic clinique est facilité par le contexte épidémiologique. En période d'épidémie il est porté devant un syndrome respiratoire aigu fébrile, en tenant compte de l'âge du patient et de ses comorbidités (maladie respiratoire type BPCO, asthme, immunodépression, ...).

Si certains syndromes respiratoires aigus peuvent être caractéristiques d'un groupe viral (tableau 1), la pandémie de Covid-19 a montré qu'aucun tableau clinique n'est spécifique d'un agent infectieux.

La confirmation biologique du diagnostic virologique est rarement nécessaire dans les formes bénignes d'IRA. En phase épidémique, un diagnostic présomptif de grippe peut être posé sur la simple présentation clinique.

Pour certains virus, notamment SARS-CoV-2, influenza virus ou RSV, une confirmation biologique est recommandée dans les cas suivants :

- chez les personnes à risque de forme grave² et les personnes pour lesquelles une hospitalisation est nécessaire ce qui permet d'adapter la prise en charge (en cas de diagnostic différentiel d'une infection bactérienne par exemple), de prévenir les transmissions croisées et d'offrir la possibilité ou non d'une prescription d'un traitement spécifique par antiviral, d'autant plus efficace que son instauration est précoce, et d'adapter la prise en charge ;
- chez les professionnels de santé intervenant auprès de personnes à risque de forme grave ;
- en établissement ou service social ou médico-social (ESMS) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), chez les personnes présentant des signes évocateurs d'infection, au moins pour les premiers cas. Il est important de détecter dans ces structures un phénomène épidémique débutant pouvant nécessiter des mesures de prévention et de contrôle (mesures pharmacologiques et non pharmacologiques dont si possible, le « *cohorting* »³) [11].

Les virus à rechercher dépendent du contexte épidémique, ce qui est particulièrement le cas pour les virus grippaux et le RSV dont les périodes de circulation sont habituellement bien identifiées. Dans la situation post pandémique du Covid-19, le virus SARS-CoV-2 continue à circuler de façon assez soutenue et sa recherche reste indiquée si un diagnostic virologique est requis. Cette recommandation pourrait évoluer si ce virus devenait endémique.

Les outils du diagnostic virologique des IRA se sont considérablement diversifiés au cours de la dernière décennie [12], tant en termes de techniques (détection d'antigènes, tests génomiques), de rapidité de rendu (15 minutes à moins d'une heure pour les tests dits « rapides ») que de possibilité de détecter simultanément plusieurs agents (tests dits « multiplex »). Les virus à rechercher diffèrent selon l'âge (cf. tableau 2).

² En particulier, les infections respiratoires basses du nourrisson, les pneumopathies de l'enfant et de l'adulte ou les exacerbations d'asthme ou de bronchite chronique.

³ C'est-à-dire le regroupement des patients atteints de la même infection dans une même unité.

Tableau 2 : Virus respiratoires à rechercher en fonction de l'âge [12]

	Première intention (selon contexte épidémique)	Deuxième intention
Nourrissons	SARS-CoV-2, RSV, PIV, hRV, influenzavirus, hMPV, AdV	PIV, coronavirus saisonniers, HBoV entéro
Enfants	SARS-CoV-2, influenzavirus, AdV, hRV, PIV	RSV, PIV, coronavirus saisonniers, hMPV, HBoV entéro
Adolescents/adultes	SARS-CoV-2, influenzavirus, AdV, hRV	Virus varicelle-zona (VZV) coronavirus saisonniers
Personnes âgées	SARS-CoV-2, RSV, influenzavirus, hRV	AdV, PIV, hMPV, coronavirus saisonniers

hRV : rhinovirus - **RSV** : virus respiratoire syncytial - **PIV** : virus parainfluenza 1-4-

hMPV : metapneumovirus – **AdV** : adénovirus – **HboV** : bocavirus

Les tests de détection génomique doivent être préférés aux tests antigéniques du fait de leur meilleure sensibilité ; chez l'enfant, néanmoins, les tests antigéniques sont plus adaptés en raison de charges virales élevées chez ces derniers.

Il est rappelé que les tests de détection génomique peuvent rester positifs même après résolution des signes cliniques d'où l'importance de considérer la valeur de Ct (cycle Threshold) lorsqu'elle est disponible.

En période épidémique de grippe ou d'infection à RSV, des tests de détection génomique biplex (RSV-SARS-CoV-2), triplex (virus influenza A et B-SARS-CoV-2) ou quadruplex (virus influenza A et B-RSV-SARS-CoV-2) sont disponibles avec des délais de rendu inférieurs à une heure.

Des tests « multiplex » peuvent proposer des panels d'agents infectieux beaucoup plus étendus : autres virus (méta-pneumovirus, adénovirus, rhinovirus-entérovirus, virus parainfluenza, coronavirus saisonniers ...), bactéries atypiques (mycoplasmes, chlamydia ...), voire bactéries pyogènes.

Ces tests de détection génomique devraient être réservés aux infections respiratoires graves justifiant une hospitalisation et pour lesquelles une étiologie évidente ne s'impose pas d'emblée.

Les recommandations du HCSP de novembre 2021 concernant les enfants âgés de moins de 6 ans [13] sont actualisées par le présent avis.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) conclut dans un récent avis de juin 2023 que, sous certaines conditions, la recherche rapide antigénique de ces virus par un test rapide d'orientation diagnostique (TROD grippe/Covid ou grippe/Covid/VRS) peut présenter un intérêt médical à l'échelon populationnel (impact de santé publique) qui justifierait une prise en charge par la collectivité du fait d'un bénéfice potentiel pour le système de santé, les soignants et les parents/patients en période hivernale [14].

La situation française étant critique vis-à-vis du mésusage en matière de prescription d'antibiotiques, particulièrement en présence d'IRA, l'utilisation plus large de ces tests pourrait

participer à la baisse de la consommation d'antibiotiques en ville, qui reste élevée malgré les actions importantes d'information auprès des professionnels et du public⁴.

Le HCSP recommande l'évaluation du bénéfice apporté par l'utilisation des tests de détection génomique multiplex respiratoires, dans des indications bien définies, lors de la prise en charge de patients avec infection respiratoire.

1.3 Surveillance épidémiologique et virologique

Le dispositif de surveillance des IRA, coordonné par Santé publique France (SpF), associe une surveillance épidémiologique et virologique [15].

La surveillance épidémiologique des IRA, dont notamment le Covid-19, repose sur un dispositif multi-sources :

- **Le Réseau Sentinelles (médecins généralistes et pédiatres)** : à la suite de l'émergence du SARS-CoV-2, la surveillance des « syndromes grippaux »⁵ a évolué pour être remplacée par celle des IRA⁶ [16]. Cette surveillance s'appuie sur l'observation de patients présentant une IRA vus en consultation par un médecin généraliste ou un pédiatre. Le réseau Sentinelles permet ainsi d'estimer chaque semaine le nombre de patients consultant ou téléconsultant pour une IRA et les incidences d'IRA en milieu communautaire. Par ailleurs, les médecins du réseau réalisent des prélèvements des patients consultant pour une IRA afin d'assurer la recherche de virus grippaux, SARS-CoV-2, et des autres virus respiratoires.
- **La surveillance syndromique SurSauD®** [17] constituée des indicateurs des recours aux associations SOS Médecins pour les soins de ville, des urgences hospitalières (réseau OSCOUR®) et de mortalité (décès toutes causes de l'Insee et issues de la certification électronique du CépIDC). Ce système a pour objectifs d'identifier un événement sanitaire inhabituel dans le cadre de la veille sanitaire quotidienne, de détecter le démarrage précoce d'un événement sanitaire connu ou émergent, tel qu'une épidémie, et d'en suivre la dynamique spatio-temporelle.
 - Les associations SOS Médecins assurent une permanence des soins qui permet de disposer de données relatives aux consultations réalisées 7j/7, 24h/24 dans la zone géographique qu'elles couvrent. SOS Médecins France transmet quotidiennement et de manière automatisée à SpF les données individuelles et anonymisées relatives aux actes médicaux.
 - Le Réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) : la surveillance hospitalière est déclinée par classe d'âge et par niveau géographique (national et régional). Les indicateurs de surveillance syndromique pour un indicateur donné (grippe/syndrome grippal, suspicion de Covid-19, bronchiolite) sont le nombre de passages aux urgences, la part d'activité dans l'activité toutes causes et le nombre d'hospitalisations après passage. Ces indicateurs sont utiles au suivi de la sévérité des épidémies.

⁴ C'est-à-dire possible baisse de la prescription inappropriée d'antibiotiques, évitement de certaines reconsultations ou consultations aux urgences pour des infections virales saisonnières sans caractère de gravité dont le diagnostic pourrait parfois être posé dès la consultation de premier recours.

⁵ Définition : fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires.

⁶ Définition : apparition brutale de fièvre ou sensation de fièvre et de signes respiratoires.

- Les données de mortalité : décès toutes causes de l'Insee et données issues de la certification électronique du CepiDC qui couvrait, fin 2022, 35 % des décès de la mortalité nationale.
- Le réseau Sentinelles des cas graves de Covid-19 et de grippe (et RSV pour la prochaine saison) admis en réanimation adulte et pédiatrique permettant la description des caractéristiques de ces cas signalés à SpF par les services (environ 200 services participants).
- La surveillance des épisodes de cas groupés d'IRA dans les EMS [18] : l'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections respiratoires par l'identification des épisodes de cas groupés d'IRA⁷ et la mise en place précoce des mesures de contrôle appropriées.

La surveillance virologique :

- Elle est coordonnée par le Centre national de référence (CNR) des infections respiratoires (dont la grippe), qui comprend un laboratoire coordonnateur et trois laboratoires associés⁸, et s'effectue à partir des prélèvements réalisés par les médecins du réseau Sentinelles et les laboratoires hospitaliers du réseau Rénal (Réseau national des laboratoires hospitaliers).
- La fin des dispositifs réglementaires encadrant les systèmes d'information de crise permettant de suivre le Covid-19 au 30 juin 2023, dont notamment SI-DEP, a entraîné la mise en œuvre d'une solution transitoire pour assurer le maintien de la remontée de résultats de tests Covid-19 réalisés en laboratoire dans l'attente du déploiement du dispositif de transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et instituant le traitement de données à caractère personnel « LABOé-SI » [19].
- Une surveillance microbiologique du SARS-CoV-2 dans les eaux usées est également réalisée avec le dispositif SUM'Eau.
- La surveillance génomique du SARS-CoV-2 est assurée en lien avec le consortium EMERGEN (Consortium pour la surveillance et la recherche sur les infections à pathogènes EMERGents via la GENomique microbienne) et par la réalisation des enquêtes Flash pour le suivi des variants.

Dans le contexte post pandémique du Covid-19, la surveillance des IRA est en cours d'évolution. Pour la prochaine saison hivernale 2023-2024 (en général de la semaine 40 à la semaine 15 de l'année suivante), SpF et ses partenaires, dans le cadre de l'approche intégrée de la surveillance épidémiologique des IRA (notamment Covid-19, grippe, infection à RSV, ...) assurera la publication d'un bulletin hebdomadaire au niveau national et dans chaque région avec l'ensemble des données disponibles sur ce thème [20].

⁷ Définition d'un épisode de cas groupés d'IRA : survenue d'au moins 3 cas d'IRA parmi les résidents dans un délai de 4 jours.

⁸ Les Hospices civils de Lyon (Sud), l'institut Pasteur de Paris (Nord), l'Institut Pasteur de Guyane (Antilles-Guyane) et le CHU de La Réunion (Océan indien)

1.4 Prévention

- **Vaccination contre le Covid-19**

La vaccination contre le Covid-19 a contribué à contrôler l'impact de l'épidémie et à réduire la morbidité et la mortalité de l'infection par le SARS-CoV-2. Une étude canadienne a montré que les personnes non vaccinées, éligibles à la vaccination, et atteintes de Covid-19 présentaient un risque d'hospitalisation 10 fois plus élevé que celles ayant bénéficié d'un schéma vaccinal à 2 doses et 21 fois plus élevé que celles ayant reçu une dose de rappel. Cela s'est traduit par des jours-lits d'hospitalisation et des coûts substantiels potentiellement évitables [21].

Les variants Omicron du SARS-CoV-2 sont devenus dominants et, en 2022 après la vague initiale d'Omicron (BA.1), les sous-variants Omicron présentant des mutations supplémentaires de la protéine Spike (variants préoccupants [VOC] BA.2, BA.4 et BA.5 et variants intéressants [VOI] BA.2.75 (x), BQ.1, XBB et XBB.1.5) furent associées aux dernières vagues [22]. Ces évolutions de la protéine spike du virus a motivé les industriels à produire des vaccins de type bivalent (souche historique et souche variante) dont l'utilisation pour les vaccinations initiales et les rappels est à même de s'adapter à l'évolution des souches du SARS-CoV-2 pour éviter un phénomène d'échappement à la vaccination.

La vaccination contre le Covid-19 figure dans le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales depuis 2021. Les informations relatives à l'évolution des recommandations et des schémas vaccinaux (primo-vaccination et dose de rappel) sur le territoire français sont régulièrement mises à jour sur le site du ministère chargé de la santé [23].

Chez l'enfant, la morbi-mortalité globale, et en particulier celle du PIMS [cf. 1.1.2 Facteurs de risque d'infection grave] [4,24] amène à considérer le réel bénéfice la vaccination. L'évolution de la fréquence et de la gravité des complications selon les différents variants et leur prévention par la vaccination, sont aussi à prendre en compte dans l'évaluation du bénéfice risque de la vaccination de l'enfant.

Les données d'efficacité de la vaccination de l'enfant ont fait l'objet de synthèses récentes [25,26]. Le bénéfice individuel de la prévention des PIMS a été bien documenté jusqu'à présent avec les variants précédant Omicron, mais il reste nécessaire d'attendre une évaluation consolidée de l'évolution de la fréquence et de la gravité des PIMS observés avec les variants Omicron car les données actuelles sont discordantes [27,28].

La persistance de ces formes graves représente en effet un des éléments clés pour adapter les futures recommandations vaccinales alors qu'il est désormais établi que la vaccination chez l'enfant apporte un faible bénéfice collectif lié au peu d'effet observé sur le blocage de la transmission.

Une dose de rappel est recommandée :

Deux fois par an, au printemps et à l'automne : pour les personnes de 80 ans et plus, les résidents d'EHPAD et USLD, les personnes immunodéprimées et les personnes à très haut risque de forme grave quel que soit leur âge, selon chaque situation individuelle et dans le cadre d'une décision partagée avec l'équipe soignante.

Tous les ans à l'automne : pour les personnes âgées de 65 ans à 79 ans, les femmes enceintes, les personnes à risque de forme grave et leur entourage quel que soit leur âge [29].

- **Vaccination contre la grippe**

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée pour toutes les personnes ciblées par les recommandations du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales en vigueur [30].

La double vaccination, Covid-19 et grippe, est recommandée dès lors qu'une personne est éligible aux deux vaccinations.

- **Vaccination et traitement prophylactique contre le RSV**

Le RSV est une cause majeure d'infections respiratoires chez les jeunes enfants dans le monde entier et il est de plus en plus reconnu comme un agent pathogène important chez les adultes, en particulier les patients immunodéprimés et les personnes âgées.

En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30 % des nourrissons de moins de 2 ans [5]. Des études de séroprévalence montrent qu'à l'âge de 2 ans, 50 à 90 % des nourrissons ont des anticorps dirigés contre le RSV, ce qui montre qu'une grande majorité des nourrissons rencontre le RSV avant l'âge de 2 ans [31–33]. Outre le fardeau de la maladie à la phase aiguë, les données épidémiologiques suggèrent que l'infection par le RSV au cours des trois premières années de la vie est associée à une morbidité respiratoire à long terme, telle qu'une respiration sifflante récurrente et de l'asthme, une diminution de la fonction pulmonaire et éventuellement une sensibilisation allergique.

L'Agence européenne des Médicaments a récemment recommandé d'autoriser la mise sur le marché de deux candidats vaccins contre le RSV dans certaines situations : protection des nouveau-nés par administration du vaccin durant la grossesse et chez les personnes âgées contre les infections des voies respiratoires basses par le RSV [34].

Chez l'enfant, deux médicaments à base d'anticorps monoclonaux sont approuvés pour la prévention de l'infection à RSV, le palivizumab (Synagys®) chez les anciens prématurés et les nourrissons porteurs de maladies cardio-respiratoires chroniques et le nirvesimab (Beyfortus®) chez ces mêmes nourrissons jusqu'à 24 mois et chez les nourrissons sans facteur de risque jusqu'à 12 mois. Le vaccin maternel qui vise à protéger le nouveau-né dès la naissance devrait rapidement arriver sur le marché. Les vaccins destinés à la protection du nourrisson seront disponibles ultérieurement.

La vaccination contre le Covid-19, la grippe et le RSV, ainsi que la prévention de la bronchiolite à RSV par anticorps monoclonal, protègent efficacement contre le risque de formes graves de la maladie (hospitalisation et décès) et diminuent globalement le risque d'infection. Des personnes vaccinées peuvent être infectées avec peu ou pas de symptômes et transmettre le virus. La vaccination ne dispense donc pas de l'application stricte des mesures universelles d'hygiène.

- **Mesures universelles d'hygiène pour la prévention des IRA [35]**

Dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine, le HCSP a défini des mesures d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale. Un abécédaire de 54 maladies infectieuses transmissibles (dont le Covid-19, la grippe et la bronchiolite) précise pour chacune d'elles les mesures de prévention primaire et secondaire.

Pour les infections liées aux virus à tropisme respiratoire, les mesures individuelles et collectives se déclinent de la façon suivante :

- porter un masque chirurgical, ou éventuellement un masque grand public de catégorie 1 (UNS1), selon les situations et notamment en période épidémique quel que soit le virus, en

particulier par les personnes ayant des symptômes d'infection respiratoire et dans les lieux confinés et clos avec forte densité de personnes. Cela concerne aussi les personnes à risque de forme grave ou vivant avec une personne à risque de forme grave en période épidémique, comme évoqué dans une récente publication [36].

- réaliser une hygiène régulière des mains (à l'eau et au savon ou se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique) notamment après contact avec des sécrétions respiratoires ou des objets potentiellement contaminés (poignées de porte, interrupteur, ...).
- éviter de serrer la main d'une personne malade.
- utiliser un mouchoir à usage unique pour couvrir le nez et la bouche lors de toux, éternuement et le jeter immédiatement après usage. En l'absence de mouchoir, tousser ou éternuer au niveau du coude ou en haut de la manche plutôt que dans les mains.
- ne pas toucher les muqueuses (yeux, nez, bouche) avec des mains contaminées.
- nettoyer au domicile les surfaces fréquemment touchées.
- dans un contexte de bronchiolite, il est recommandé également :
 - o d'éviter les contacts avec des personnes à risque de forme grave pendant la période de contagiosité ;
 - o de ne pas mettre un nourrisson ou un enfant en présence de personnes infectées ;
 - o d'éviter si possible les garderies, crèches et collectivité surtout si l'enfant ou le nourrisson < 2 mois, prématurés ou ayant une maladie respiratoire ou cardiaque connue est fragile ;
 - o d'éviter d'emmener les nourrissons et les enfants dans des lieux confinés accueillant beaucoup de public (grandes surfaces, restaurants, transports en commun...) lors de la période épidémique, en particulier si le bébé a moins de 3 mois ou est fragile.
- Renouveler l'air par des mesures physiques : ventilation / aération / unités mobiles de purification d'air [37] :
 - o veiller au fonctionnement correct de la ventilation des pièces et locaux d'établissements recevant du public. Le taux de renouvellement de l'air peut être approché par la mesure de la concentration en dioxyde de carbone (CO₂) (< 800 ppm) ;
 - o pour les bâtiments non pourvus de systèmes spécifiques de ventilation, sur-ventiler (aération) par ouverture d'ouvrants des pièces en l'absence de présence humaine (10 min toutes les heures en période épidémique si possible) ;
 - o en cas de difficultés de mise en œuvre des deux mesures précédentes, envisager l'utilisation d'unités mobiles de purification d'air après une étude technique préalable démontrant son impact positif potentiel.

1.5 Conduite à tenir en cas de suspicion d'IRA

Il est recommandé que toute personne présentant des signes cliniques évocateurs d'infection respiratoire respecte avec une vigilance particulière les mesures universelles d'hygiène :

- port d'un masque chirurgical (ou éventuellement un masque UNS1) ;
- renforcement de l'hygiène des mains (à l'eau et au savon ou friction hydroalcoolique) et des autres mesures (voir *supra*) ;
- limitation des contacts avec d'autres personnes et en particulier avec les personnes à risque de forme grave d'infection à virus respiratoire. Si un tel contact ne peut être évité, le port de masque chirurgical et le renforcement de l'hygiène des mains s'appliquent pour toute personne.

Si la personne est à risque de forme grave, le patient doit consulter son médecin traitant, des traitements pouvant être indiqués pour certains de ces virus (nirmatrelvir-ritonavir pour le Covid-

19, oseltamivir pour la grippe à instituer le plus rapidement possible) ainsi que le renforcement du traitement chez les patients asthmatiques.

En cas d'hospitalisation, les précautions complémentaires de type contact et gouttelettes sont indispensables [38].

Les mesures de prévention doivent être maintenues au moins jusqu'à 48 heures après la résolution des symptômes. **Elles s'appliquent même en l'absence de documentation virologique.**

Au total

Les virus à transmission respiratoire (SARS-CoV-2, virus grippaux, RSV, ...) ont des modes de transmission et des présentations cliniques proches, exposent les mêmes personnes au risque de forme grave et font l'objet des mêmes mesures de prévention.

Dans les formes bénignes d'IRA, il n'est pas indispensable de confirmer le diagnostic par un test virologique. Pour certains virus, notamment SARS-CoV-2, influenza virus ou RSV, une confirmation diagnostique est susceptible de déboucher sur la prescription d'un traitement spécifique, l'adaptation de la prise en charge, la protection d'une personne à risque, l'épargne d'un traitement antibiotique inutile ou la détection précoce d'un phénomène épidémique débutant permettant la mise en œuvre immédiate des mesures de prévention (ESMS, Ehpad). Du fait de leur meilleure sensibilité, les tests de détection génomique doivent être préférés aux tests antigéniques, toutefois ces derniers peuvent être indiqués notamment en cas d'impossibilité d'obtenir un résultat rapide permettant ainsi une gestion précoce des cas.

La vaccination contre le Covid-19 et la grippe protège contre le risque de formes graves (hospitalisation et décès) et diminue globalement le risque d'infection. Les personnes vaccinées peuvent être infectées, peu symptomatiques mais transmettre le virus. **Avoir été vacciné ne dispense aucunement de l'application stricte des mesures universelles d'hygiène.**

Toute personne présentant des signes cliniques évocateurs d'infection respiratoire doit respecter avec une vigilance particulière les mesures universelles d'hygiène (port d'un masque chirurgical, renforcement de l'hygiène des mains, ...) jusqu'à 48 heures après la résolution des symptômes, et ce même en l'absence de documentation virologique. Les personnes à risque de forme grave sont invitées à consulter rapidement leur médecin traitant (prescription d'antiviraux, renforcement du traitement chez les patients asthmatiques).

1.6 Aspects éthiques et juridiques

• Vaccination

Sur le plan légal, la vaccination nécessite une information de la personne à qui elle est proposée et le recueil de son consentement. Lorsque la personne majeure n'est pas en état d'exprimer sa volonté, le consentement doit être recherché auprès de la personne de confiance [39,40] lorsqu'elle a été désignée et, à défaut, des membres de la famille ou des proches. Lorsque la personne est mineure ou sous mesure de protection juridique (curatelle, tutelle, habilitation familiale, habilitation du conjoint) [41,42] c'est à son représentant légal qu'il faut s'adresser. Lorsque la personne ne peut plus agir seule et qu'elle a conclu un mandat de protection future [43], c'est à son mandataire qu'il faut s'adresser.

Sur le plan éthique, la vaccination est un acte qui peut bénéficier à l'individu vacciné, mais qui contribue également à protéger les personnes de l'entourage, y compris les personnes qui ne

peuvent pas se faire vacciner en raison de leur état de santé et qui, par suite, ne seront protégées que par une immunité collective suffisante. Pour l'individu, il ne s'agit donc pas simplement de savoir s'il accepte ou s'il n'accepte pas de se faire vacciner. Il s'agit de savoir si, et dans quelles circonstances, il doit faire un choix qui n'est pas seulement dans son intérêt personnel, mais aussi, voire principalement dans l'intérêt d'un groupe dont il fait partie. Il existe donc dans la décision de se faire vacciner une dimension collective qui doit être réfléchie et qui, pour cette raison, ne peut pas être fondée sur le seul principe d'autonomie.

- **Les droits des personnes dans les ESMS et les ES**

Les résidents des établissements médico-sociaux, comme les patients des établissements sanitaires, bénéficient d'un ensemble de droits, dont le respect de la vie privée et familiale (qui comprend le droit d'entretenir des relations affectives avec des tiers parents ou amis), le droit d'aller et de venir et la liberté d'exercice du culte de leur choix [44–49].

L'exercice de ces droits peut se matérialiser par le droit de recevoir des tiers ou le droit de se rendre chez des tiers. Des mesures d'information et de sensibilisation aux obligations collectives aux résidents, aux patients, mais aussi aux tiers et, le cas échéant, une éducation aux mesures universelles d'hygiène respiratoire [35] peuvent permettre l'exercice des droits de chacun tout en préservant la sécurité sanitaire de tous.

Le règlement intérieur des établissements sanitaires [50] et le règlement de fonctionnement des ESMS [51] indiquent les modalités d'application des droits des patients et des résidents. Si la chambre d'un patient ou d'un résident est juridiquement considérée comme un lieu privé, certaines parties du bâtiment peuvent être affectées à des usages collectifs. Par suite, des mesures spécifiques destinées à y assurer la sécurité sanitaire de tous peuvent être adoptées par les organes compétents des établissements.

- **Infections associées aux soins**

Les établissements, services et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales [52]. La jurisprudence considère que « Doit être regardée comme présentant un caractère nosocomial au sens de ces dispositions, une infection survenant au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci, sauf s'il est établi qu'elle a une autre origine que la prise en charge » [53–55]. La référence à la notion de « prise en charge », plus large que la notion d'acte de soin permet de qualifier l'infection virale contractée pendant l'hospitalisation d'infection nosocomiale même si aucun acte de soin n'en est à l'origine [56]. Elle pourrait également s'appliquer aux prises en charge dans les établissements médico-sociaux.

2. Infections respiratoires aiguës : conduites à tenir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux selon le niveau de risque.

2.1 Aide à la définition du niveau de risque : la validation du niveau de risque relève de la cellule de crise / veille

Les critères de classement des niveaux de risque par SpF se basent sur des critères composites prenant en compte les données des différents réseaux sur la surveillance des infections respiratoires aiguës et des systèmes d'informations disponibles. Ces critères sont susceptibles d'évoluer.

Tableau 3 : Définition des niveaux de risque infectieux pour la grippe, le RSV et le Covid-19 (d'après SpF)

	Source	Faible	Modéré	Elevé
Infections Grippe et VRS	Bulletin sur les infections respiratoires aiguës Mise à jour hebdomadaire et régionale en période de circulation virale	Pas d'épidémie	Pré ou post épidémie	Epidémie
Infection Covid-19				

Dans des situations particulières à risque d'épidémie, des mesures d'hygiène pourront être mises en place à un échelon local selon le niveau de risque retenu en accord avec les autorités sanitaires.

Des critères spécifiquement pédiatriques ont été discutés dans la mesure où les épidémies ne donnent pas lieu à une circulation symétrique chez l'adulte et chez l'enfant. Pour la mise en place de ce système d'indicateurs, il est à prévoir que les données ne permettent pas toujours de donner des indicateurs par classe d'âge. De plus, la gestion unique des seuils d'alerte populationnels semble déjà un objectif ambitieux pour les deux premières années de ce nouveau système.

2.2 Définition des mesures selon le niveau de risque

Le HCSP grade ses recommandations selon le niveau de risque de transmission des virus à tropisme respiratoire qui est défini dans le paragraphe 2.1.

Ces mesures de prévention, justifiées et présentées dans des matrices décisionnelles ci-après selon le modèle du rapport du HCSP intitulé « Mesures universelles d'hygiène » [35]. Ces mesures doivent aussi être adaptées aux particularités des établissements et à la situation locale de l'épidémie.

La mise à jour des avis est déclinée selon les cinq champs de prévention suivants :

2.2.1 Matrice décisionnelle relative aux professionnels des ES/ESMS/Ehpad, ou intervenant à domicile (Matrice 1)

Les mesures pour la protection des professionnels des ES/ESMS/Ehpad ou intervenant à domicile sont mises en œuvre, ou levées, par chaque établissement, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et le service de santé au travail, en tenant compte des données de la situation épidémique locale et régionale.

Le HCSP rappelle que :

- la prévention de la transmission des virus à tropisme respiratoire repose sur des actions, complémentaires les unes des autres, permettant :
 - de réduire les émissions de particules par les personnes infectées (masque chirurgical anti-projections) ;

- de protéger les personnes exposées aux risques de projection ou d'aérosolisation de produit biologique [appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2].
- d'éliminer la transmission manuportée par la friction hydroalcoolique (FHA) des mains ;
- de limiter la transmission des virus par aérosol par la ventilation et l'aération des locaux.
- la vaccination ne dispense pas de l'application rigoureuse des mesures universelles d'hygiène pour la prévention des IRA.
- **devant** des signes évocateurs d'IRA, une confirmation biologique est recommandée chez les professionnels de santé et ceux travaillant en ESMS/Ehpad ou intervenant à domicile.

2.2.2 Matrice décisionnelle relative aux patients, résidents et visiteurs des ES/ESMS/Ehpad (Matrice 2)

Les mesures pour la protection des patients des ES/ESMS/ et des résidents ESMS/Ehpad sont mises en œuvre, ou levées, par chaque établissement, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, en tenant compte des données de la situation épidémique locale et régionale.

Le HCSP rappelle que :

- la prévention de la transmission des virus à tropisme respiratoire repose sur des actions, complémentaires les unes des autres (port d'un masque, FHA, ...).
- la vaccination ne dispense pas de l'application rigoureuse des mesures universelles d'hygiène pour la prévention des IRA.
- que devant des signes évocateurs d'IRA, une confirmation biologique est recommandée chez les personnes à risque de forme grave et chez les résidents des ESMS/Ehpad, au moins pour les premiers cas.

2.2.3 Matrice décisionnelle relative au suivi de la femme enceinte et à l'hospitalisation de la mère pour accouchement (Matrice 3)

Les mesures concernant le suivi de la femme enceinte jusqu'à son admission pour son accouchement font l'objet de recommandations spécifiques en raison d'une menace particulière que font courir les infections par les virus grippaux et SARS-CoV-2, générateurs de formes graves pour la femme enceinte et le nouveau-né [57–59]. Cela justifie de leur proposer, tout au long de la grossesse, une vaccination contre le Covid-19 et la grippe [60,61] .

Très tôt dans la pandémie de Covid-19, des craintes avaient été formulées concernant le risque spécifique de transmission au nouveau-né en salle d'accouchement [62]. Une étude italienne avec des prélèvements systématiques vaginaux, rectaux, placentaires, des sérums (mère et nouveau-né) et du lait dans une cohorte de 1 086 femmes enceintes entre le 25 février 2020 et le 30 juin 2021, a montré un très faible risque de contamination des nouveau-nés par leurs mères infectées par le SARS-CoV-2. Le taux de positivité au SARS-CoV-2 dans tous les échantillons variait de 0,7 % à 8,4 % mais le prélèvement naso-pharyngé était positif chez seulement 0,8 % des nouveau-nés. Il faut toutefois préciser que dans cette étude, les mères étaient atteintes d'une forme légère ou modérée de Covid-19. Or on sait que le risque de transmission mère-enfant du SARS-CoV-2 est plus important lorsque la mère présente une forme grave de la maladie, ce qui constitue un argument en faveur de la vaccination des mères [63]. Ainsi, lorsque la mère présente une forme légère à modérée de Covid-19, les procédures normales de soins, comme le peau-à-peau, la chambre partagée et l'allaitement, doivent être poursuivies et encouragées, compte tenu de la faible probabilité de transmission effective et des avantages de l'interaction entre la mère et l'enfant, et sous réserve que les mesures préventives, comme le port de masques et l'hygiène des mains, soient maintenues.

Contrairement à la grippe et au SARS-CoV-2, le RSV n'est pas responsable de forme grave chez la femme enceinte immunocompétente. L'infection à RSV peut entraîner une infection des voies aériennes hautes ou basses, et potentiellement une exacerbation d'asthme ou encore un syndrome grippal. Aucune complication obstétricale n'est reconnue comme en lien avec l'infection à RSV.

En cas d'infection au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse, le bébé à naître pourrait bénéficier d'une protection transmise par les anticorps maternels [64,65]. À ce sujet, un vaccin RSV destiné à la femme enceinte a été mis au point selon un mécanisme de protection immunologique équivalent ; l'autorisation de mise sur le marché de ce vaccin est en cours aux États-Unis et devrait venir prochainement enrichir le calendrier vaccinal en France [66].

L'ensemble des recommandations de prévention sont synthétisées dans les matrices en page 17.

2.2.4 Matrice décisionnelle relative au retour à domicile de la mère et du nouveau-né, au nourrisson et à son environnement jusqu'à 3 mois de vie (Matrice 4)

L'approche syndromique de l'infection virale est importante chez le nouveau-né et le jeune nourrisson car l'infection par un des trois virus (virus influenza, RSV ou SARS-CoV-2) peut se manifester par de la fièvre que ces infections ont en commun avec les sepsis bactériens du nouveau-né.

Les trois premiers mois de vie représentent une période de particulière vulnérabilité aux infections, notamment les infections bactériennes invasives transmises par la mère dans le péri-partum [67]. L'immaturité des défenses immunitaires et de la barrière hémato encéphalique du premier mois de vie majore considérablement le risque de méningite secondaire à toute bactériémie. Cela justifie que les nouveau-nés fébriles soient systématiquement hospitalisés pour un bilan infectieux urinaire, sanguin et du liquide cébrospinal (LCS) par ponction lombaire. Même si les infections bactériennes restent peu fréquentes, de l'ordre de quelques pourcents, la précocité de l'antibiothérapie prévient l'évolution vers des séquelles neurologiques, une infirmité motrice cérébrale, voire le décès. La prévention de cette morbi-mortalité est obtenue avec un coût humain pour les nouveau-nés, les parents et un coût financier significatif pour la société.

Comme l'immense majorité des situations fébriles est causée par des infections virales banales, prévenir la transmission des virus à tropisme respiratoire évite la survenue de fièvre chez les nouveau-nés et nourrissons de moins de 3 mois, et permet donc :

- de réduire les prélèvements sanguins, urinaires et les ponctions lombaires,
- de réduire les hospitalisations, les contraintes et la perte de qualité de vie des parents,
- de prévenir aussi des sepsis bactériens par surinfection bactérienne [68].

C'est avec ces objectifs qu'ont été rédigées les préconisations du retour à domicile du nouveau-né et pour le premier trimestre de vie, en s'appuyant notamment sur les recommandations des sociétés savantes de pédiatrie [35,69–71].

2.2.5 Matrice décisionnelle relative aux mesures environnementales en ES/ESMS/Ehpad (Matrice 5)

Les mesures environnementales en établissements de santé, en ES/ESMS/Ehpad sont présentées en page 23.

2.3 Gestion de cas-groupés d'IRA (clusters)

La gestion de cas-groupés d'IRA (clusters) n'est pas abordée dans le présent document car elle relève de mesures spécifiques qui sont déclinées dans un document disponible sur le site de SpF [18,72].

1. Matrice décisionnelle relative aux professionnels des ES/ESMS/Ehpad et aux personnels intervenant à domicile

Catégorie	Activités/Situations	Mesures recommandées	En fonction d'un risque		
			Faible	Modéré	Élevé
Professionnels et bénévoles	Dès l'entrée dans l'établissement	Désinfection des mains par FHA	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections)			X
	Situations de soins et de face à face avec un patient à l'intérieur d'un bâtiment	Masque chirurgical (anti-projections)		X	X
	Patient présentant des signes évocateurs d'infection respiratoire	Masque chirurgical (anti-projections) en continu pour le professionnel et le patient (sauf si impossibilité)	X	X	X
	Soins à risque de projection de liquide biologique	Masque chirurgical (anti-projections)	X	X	X
	Lors de toute procédure générant un aérosol pour tout patient, quel que soit son statut [73]	Masque FFP2 ou appareil de protection respiratoire (APR) selon les recommandations en vigueur	X	X	X
	Précautions complémentaires AIR si actes à risque	Masque FFP2 ou appareil de protection respiratoire (APR) selon les recommandations en vigueur	X	X	X
	Salles de pause et de restauration collective	Distanciation physique > 2 mètres dès que le port du masque est impossible			X
	Réunions, moments de convivialité entre professionnels	Désinfection des mains par FHA	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections) en continu			X
		Pas de nourriture ou de boisson			X
Professionnels et bénévoles avec signes évocateurs d'infection respiratoire ⁹	Toutes situations/Toutes activités	Masque chirurgical (anti-projections)	X	X	X
	Salles de pause et de restauration collective	Pas de prise de repas (ou de pause-café) en même temps que les collègues	X	X	X
Professionnels ¹⁰ et bénévoles à risque de forme grave	Toutes situations /Toutes activités	Masque FFP2 ou appareil de protection respiratoire (APR)	X	X	X
	Transport de patients sans signes évocateurs d'infection respiratoire	Masque chirurgical (anti-projections)		X	X

⁹ Si la prescription d'un arrêt de travail n'est pas justifiée/possible pour les professionnels.

¹⁰ Sur indications du service de santé au travail pour les professionnels.

Ambulanciers, chauffeurs de taxi transportant des patients	Transport de patients avec signes évocateurs d'infection respiratoire	Masque chirurgical (anti-projections) en continu pour le professionnel et le patient	X	X	X
Personnels intervenant à domicile (patients, personnes dépendantes, personnes en situation de handicap)	Personnels avec signes évocateurs d'infection respiratoire ¹¹	Masque chirurgical (anti-projections) en continu pour le professionnel et le patient/la personne	X	X	X
	Situations de face à face avec des patients/personnes sans signes évocateurs d'infection respiratoire	Masque chirurgical (anti-projections)		X	X
	Patients/personnes avec signes évocateurs d'infection respiratoire	Masque chirurgical (anti-projections) en continu pour le professionnel et le patient/la personne	X	X	X
	En cas de soins générant des aérosols	Masque FFP2 ou appareil de protection respiratoire (APR)	X	X	X

¹¹ Si la prescription d'un arrêt de travail n'est pas justifiée/possible pour les professionnels

2. Matrice décisionnelle relative aux patients, résidents et visiteurs des ES/ESMS/Ehpad

Catégorie	Activités/Situations	Mesures recommandées	En fonction d'un risque		
			Faible	Modéré	Élevé
Patients sans signes évocateurs d'infection respiratoire (en service de soins)	Dès l'entrée dans l'enceinte de l'établissement, intérieur et extérieur ¹²	Désinfection des mains par FHA	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections)		X	X
	Dès la sortie de la chambre	Masque chirurgical (anti-projections)		X	X
	Selon la situation épidémique régionale ou locale	Dépistage systématique d'IRA avant une chirurgie		Selon recommandations de la SFAR	X
		Dépistage systématique d'IRA lors d'une admission en urgence ou d'une hospitalisation conventionnelle		Selon stratégie d'établissement	X
	Repas en service	Arrêt des repas en salle commune			X
		Distanciation physique > 2 mètres		X	X
Patients sans signes évocateurs d'infection respiratoire (ESMS sans nuitées)	Dès l'entrée dans l'enceinte de l'établissement, intérieur et extérieur	Désinfection des mains par FHA	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections)		X	X
	Repas en salle commune	Adaptation de l'organisation des repas des patients			X
Résidents sans signes évocateurs d'infection respiratoire (ESMS/Ehpad)	Dès l'entrée dans l'enceinte de l'établissement, intérieur et extérieur	Désinfection des mains par FHA	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections)			X
	Dès la sortie de la chambre	Masque chirurgical (anti-projections)		X	X
	Admissions et transferts en ESMS / EHPAD	Dépistage systématique avant admission pour les EHPAD et maintien des dépistages si demande expresse de la structure d'aval en cas de transfert			X
	Repas en salle commune	Adaptation de l'organisation des repas des résidents			X
		Arrêt dès qu'il y a plus de 2 cas documentés dans un même secteur géographique			X
	Animations	Par secteur		X	X
		Déconseillées en groupe (privilégier les animations individuelles)			X

	Sorties en famille	Fortement déconseillées			X
	Repas en famille dans la structure	Fortement déconseillés			X
Visiteurs ES/ESMS/Ehpad sans signes évocateurs d'infection respiratoire	De l'arrivée au départ de l'établissement	Désinfection des mains par FHA à l'arrivée et au départ	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections) en continu si dégradation de la situation épidémique locale		X	X
	Tous lieux / Tous services	Visites limitées à 1 personne / patient-résident / jour en fonction de la décision de la Gouvernance de l'établissement			X
	Maternité	Conjoint et fratrie uniquement, sans limitation de durée mais avec un strict respect des mesures barrière			X
	Pédiatrie	Parents/représentants légaux uniquement, sans limitation de durée mais avec un strict respect des mesures barrière			X
	Soins palliatifs (patient en fin de vie)	Pas de restriction	X	X	X
	Services accueillant des patients à risque de forme grave ¹³	Restriction		X	X

3. Matrice décisionnelle relative au suivi de la femme enceinte et à l'hospitalisation de la mère pour accouchement

Catégorie	Activités/Situations	Mesures recommandées	En fonction d'un risque		
			Faible	Modéré	Élevé
Femme enceinte au cours de son suivi	Tout au long du suivi	Proposer la mise à jour de la vaccination Covid-19 et grippe	X	X	X
	Selon la situation épidémique, régionale ou locale, dans la vie quotidienne et en particulier dans les lieux fréquentés et clos	Désinfection régulière des mains	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections)			X
	Avec signes évocateurs d'infection respiratoire	Masque chirurgical (anti-projections)	X	X	X
		Dépistage systématique d'IRA	X	X	X
Femme hospitalisée pour l'accouchement et en absence de signes évocateurs d'infection respiratoire ¹⁴	Séjour de la femme enceinte	Désinfection régulière des mains	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections) en dehors de la chambre et lors de visites			X
		Dépistage systématique d'IRA lors de l'admission			X
	En salle de travail	Masque chirurgical (anti-projections)			X
		Toilette pelvienne standard	X	X	X
	Au cours du séjour de la mère et du nouveau-né	Pas d'accès à la fratrie et aux autres visiteurs s'ils présentent des signes évocateurs d'infection respiratoire ; Pas de restriction pour l'autre parent mais masque chirurgical en continu s'il présente des signes évocateurs d'infection respiratoire	X	X	X

¹⁴ En cas de signes évocateurs d'une infection respiratoire, suivre les recommandations habituelles de prise en charge.

4. Matrice décisionnelle relative au retour à domicile de la mère et du nourrisson jusqu'à 3 mois de vie

Catégorie	Activités/Situations	Mesures recommandées	En fonction d'un risque		
			Faible	Modéré	Élevé
La mère et le nouveau-né lors du son retour à domicile ¹⁵	Relations nourrisson / cellule familiale	Hygiène stricte des mains avant et après contact avec l'enfant (au moment du change, de la tétée, du repas, ...)	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections) lors de tout contact avec l'enfant si la mère présente des signes évocateurs d'infection respiratoire	X	X	X
		Interdire tout contact avec l'enfant aux membres de la cellule familiale présentant des signes évocateurs d'infection respiratoire	X	X	X
	Visiteurs de la famille	Limiter les visites au cercle des adultes proches et ne présentant pas de signes évocateurs d'infection respiratoire		X	X
		Hygiène des mains avant tout contact avec l'enfant	X	X	X
		Masque chirurgical (anti-projections) lors de tout contact avec l'enfant			X
	Selon la situation épidémique, régionale ou locale, dans la vie quotidienne	Éviter au maximum les réunions de familles ou d'amis, les lieux très fréquentés (magasins et supermarchés par exemple) et clos, les transports en commun, ...		X	X
		Éviter si possible l'entrée en collectivité (crèches, garderies...) avant l'âge de 3 mois			X

¹⁵ En particulier au cours des trois premiers mois de vie

5. Matrice décisionnelle relative aux mesures environnementales (ES/ESMS/Ehpad)

Environnement	Activités/Situations		Mesures recommandées	Faible	Modéré	Elevé
Rafraîchissement des pièces	Ventilateur	Pièce où se trouve <u>une seule personne et dont la porte est fermée</u>	Possible	Selon la stratégie de l'établissement	X	X
		Si la personne entre dans la pièce	Arrêt		X	X
	Brumisation	Toute pièce	Possible		X	X
	Climatisation mobile	Porte fermée	Possible		X	X
		Avant tout acte de soin	Vitesse réduite ou arrêtée		X	X

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de rédaction 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 31 août par le bureau du Collège du Haut Conseil de la santé publique, 8 membres présents sur 10, aucun conflit d'intérêts signalé, 8 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention.

Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Courrier du 26 janvier 2023 relatif à l'évolution des mesures d'isolement des personnes infectées par le SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1271>
2. Organisation mondiale de la santé. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 7 octobre 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---7-october-2021>
3. Gouvernement Français. Informations Covid-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees>
4. Haute Autorité de santé. Réponse rapide dans le cadre de la COVID-19 : Repérage et prise en charge du syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) post-infectieux. 8 juillet 2021 mis à jour le 5 avril 2022 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rr_pims-version_finale_2021_07_06._version4_pourinsertionlogos.pdf
5. Santé publique France. Bronchiolite (8 avril 2022) [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite/la-maladie/#tabs>
6. Ebell MH, Rahmatullah I, Cai X, Bentivegna M, Hulme C, Thompson M, et al. A Systematic Review of Clinical Prediction Rules for the Diagnosis of Influenza. *J Am Board Fam Med.* 2021;34(6):1123-40.
7. Souty C, Masse S, Valette M, Behillil S, Bonmarin I, Pino C, et al. Baseline characteristics and clinical symptoms related to respiratory viruses identified among patients presenting with influenza-like illness in primary care. *Clin Microbiol Infect.* sept 2019;25(9):1147-53.
8. Costa VG da, Gomes AJC, Bittar C, Geraldini DB, Previdelli da Conceição PJ, Cabral ÁS, et al. Burden of Influenza and Respiratory Syncytial Viruses in Suspected COVID-19 Patients: A Cross-Sectional and Meta-Analysis Study. *Viruses.* 1 mars 2023;15(3):665.
9. Pavia AT. Viral Infections of the Lower Respiratory Tract: Old Viruses, New Viruses, and the Role of Diagnosis. *Clinical Infectious Diseases.* 1 mai 2011;52(Supplement 4):S284-9.
10. Ma X, Conrad T, Alchikh M, Reiche J, Schweiger B, Rath B. Can we distinguish respiratory viral infections based on clinical features? A prospective pediatric cohort compared to systematic literature review. *Rev Med Virol.* sept 2018;28(5):e1997.
11. Ministère des solidarités et de la santé. INSTRUCTION N° DGS/SP1/VSS/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2019/185 du 7 août 2019 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière.
12. Botterel F, Farfour E, Pozzetto B. Infections broncho-pulmonaires (hors tuberculose et mucoviscidose). Chapitre 21, pp 249-264 In : référentiel en microbiologie médicale (REMIC)., 7ème édition, 2022. Société Française de microbiologie.
13. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 13 novembre 2021 relatif à la prévention des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1132>

14. Haute Autorité de santé. Avis du 13 juin 2023 relatif à l'Intérêt des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) antigéniques COVID/grippe et COVID/grippe/VRS en ville [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_34444489/fr/interet-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-antigeniques-covid/grippe-et-covid/grippe/vrs-en-ville
15. Santé publique France. Le dispositif de surveillance de la grippe (19 juin 2023) [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/articles/le-dispositif-de-surveillance-de-la-grippe>
16. Sentinelles. Présentation du réseau Sentinelles [Internet]. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=presentation>
17. Santé publique France. Surveillance syndromique - SURSAUD® (mise à jour du 9 août 2023) [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R>
18. Santé publique France. Surveillance des épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les établissements médico-sociaux (19 juin 2023) [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/articles/surveillance-des-episodes-de-cas-groupes-d-infections-respiratoires-aigues-ira-dans-les-etablissements-medico-sociaux>
19. Légifrance. Décret n° 2023-700 du 31 juillet 2023 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et à la création du traitement de données à caractère personnel « LABOé-SI » - Légifrance [Internet]. [cité 21 août 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047911698>
20. Santé publique France. Surveillance du COVID-19 à partir du 1er juillet 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/surveillance-du-covid-19-a-partir-du-1er-juillet-2023>
21. Bagshaw SM, Abbott A, Beesoon S, Bowker SL, Zuege DJ, Thanh NX. A population-based assessment of avoidable hospitalizations and resource use of non-vaccinated patients with COVID-19. *Can J Public Health*. août 2023;114(4):547-54.
22. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). SARS-CoV-2 variants of concern as of 27 July 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
23. Ministère de la santé et de la prévention. La vaccination contre le Covid-19 [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/>
24. Santé publique France. Situation épidémiologique liée à la COVID-19 chez les 0-17 ans. Point au 12 janvier 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/situation-epidemiologique-liee-a-la-covid-19-chez-les-0-17-ans-point-au-12-janvier-2023>
25. Ladhani SN. COVID-19 vaccination for children aged 5-11 years. *Lancet*. 9 juill 2022;400(10346):74-6.
26. Piechotta V, Siemens W, Thielemann I, Toews M, Koch J, Vygen-Bonnet S, et al. Safety and effectiveness of vaccines against COVID-19 in children aged 5-11 years: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. juin 2023;7(6):379-91.

27. Encinosa W, Moon K, Figueroa J, Elias Y. Complications, Adverse Drug Events, High Costs, and Disparities in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children vs COVID-19. *JAMA Netw Open*. 3 janv 2023;6(1):e2244975.
28. Lopez L, Burgner D, Glover C, Carr J, Clark J, Boast A, et al. Lower risk of Multi-system inflammatory syndrome in children (MIS-C) with the omicron variant. *Lancet Reg Health West Pac*. oct 2022;27:100604.
29. Ministère de la santé et de la prévention. Une campagne de rappel contre le Covid-19 du 27 avril au 16 juin 2023 pour les plus fragiles [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/une-campagne-de-rappel-contre-le-covid-19-du-27-avril-au-16-juin-2023-pour-les>
30. Ministère de la santé et de la prévention. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
31. Nakajo K, Nishiura H. Age-dependent risk of respiratory syncytial virus infection: A systematic review and hazard modeling from serological data. *J Infect Dis*. 10 mai 2023;jiad147.
32. Abbasi J. « This Is Our COVID »-What Physicians Need to Know About the Pediatric RSV Surge. *JAMA*. 11 nov 2022;
33. Pasittungkul S, Thongpan I, Vichaiwattana P, Thongmee T, Klinfueng S, Suntronwong N, et al. High seroprevalence of antibodies against human respiratory syncytial virus and evidence of respiratory syncytial virus reinfection in young children in Thailand. *International Journal of Infectious Diseases*. déc 2022;125:177-83.
34. Mes vaccins.net. L'Agence européenne des médicaments (EMA) recommande l'autorisation du vaccin anti-VRS de Pfizer (Abrysvo) chez la femme enceinte et l'adulte de 60 ans et plus [Internet]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/21091-l-agence-europeenne-des-medicaments-ema-recommande-l-autorisation-du-vaccin-anti-vrs-de-pfizer-abrysvo-chez-la-femme-enceinte-et-l-adulte-de-60-ans-et-plus>
35. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport du 1er décembre 2022 relatif aux mesures universelles d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1288>
36. Klompas M, Baker MA, Rhee C, Baden LR. Strategic Masking to Protect Patients from All Respiratory Viral Infections. *N Engl J Med*. 6 juill 2023;389(1):4-6.
37. Haut Conseil de la Santé Publique. Covid-19: Relecture critique de la déclinaison opérationnelle des recommandations sur l'aération/ventilation et les purificateurs d'air [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1073>
38. SF2H. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes [Internet]. No Blog Title Set. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.sf2h.net/publications/prevention-de-transmission-croisee-voie-respiratoire-air-goutelettes>
39. Légifrance. Article L. 1111-6 du Code de la santé publique pour les Établissements sanitaires [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721063#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2001%20octobre%202020,-Modifi%C3%A9%20par%20Ordonnance&text=Toute%20personne%20majeure%20peut%20d%C3%A9signer,information%20n%C3%A9cessaire%20%C3%A0%20cette%20fin.

40. Légifrance. Article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles pour les Établissements Sociaux et Médico Sociaux [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031711852
41. Légifrance. Articles 425 à 427 et articles 494-1 à 494-12 du Code civil [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000031325154/
42. Légifrance. Articles 494-1 à 494-12 du Code civil [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000031325154/
43. Légifrance. Articles 477 à 488 du Code civil [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006165759/#:~:text=Toute%20personne%20majeure%20ou%20mineure,pouvoir%20seule%20%C3%A0%20ses%20int%C3%A9r%C3%AAts.
44. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>
45. Légifrance. Articles L.1110-1 à L.1115-3 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006154977?init=true&page=1&query=L1110-5&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGISCTA000006154977#LEGISCTA000006154977
46. Légifrance. CIRCULAIRE DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=10571>
47. Légifrance. Articles L. 311-3 à L. 311-12 du Code de l'action sociale et des familles [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006174398/#LEGISCTA000006174398
48. Légifrance. Article 9 du Code civil [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419288
49. Haute Autorité de santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité (conférence de consensus, novembre 2005, mise à jour juillet 2006) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite#toc_1_4_1
50. Légifrance. Article L. 6143-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690960/2006-01-01
51. Légifrance. Article R. 311-35 du Code de l'action sociale et des familles [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006906267#:~:text=Il%20pr%C3%A9cise%20les%20mesures%20relatives,lorsqu'elles%20ont%20%C3%A9t%C3%A9%20interrompues.

52. Légifrance. Article L .1141-1 alinéa 2 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685984#:~:text=Les%20entreprises%20et%20organismes%20qui,concern%C3%A9%20ou%20avec%20son%20accord.
53. Légifrance. Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 01/02/2022, 440852 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000045112838>
54. Légifrance. Conseil d'État, Section, 23/03/2018, 402237, Publié au recueil Lebon [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000036739766/>
55. Légifrance. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 6 avril 2022, 20-18.513, Publié au bulletin [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000045545494?init=true&page=1&query=20-18513&searchField=ALL&tab_selection=all
56. Hocquet-Berg S. Prédipositions pathologiques et origine endogène du germe n'excluent pas la qualification d'infection nosocomiale. In 2022. (Responsabilité civile et assurances).
57. Mertz D, Geraci J, Winkup J, Gessner BD, Ortiz JR, Loeb M. Pregnancy as a risk factor for severe outcomes from influenza virus infection: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Vaccine*. janv 2017;35(4):521-8.
58. The ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System. Critical illness due to 2009 A/H1N1 influenza in pregnant and postpartum women: population based cohort study. *BMJ*. 18 mars 2010;340(mar18 3):c1279-c1279.
59. McClymont E, Albert AY, Alton GD, Boucoiran I, Castillo E, Fell DB, et al. Association of SARS-CoV-2 Infection During Pregnancy With Maternal and Perinatal Outcomes. *JAMA*. 24 mai 2022;327(20):1983-91.
60. Piekos SN, Hwang YM, Roper RT, Sorensen T, Price ND, Hood L, et al. Effect of COVID-19 vaccination and booster on maternal-fetal outcomes: a retrospective cohort study. *Lancet Digit Health*. 1 août 2023;S2589-7500(23)00093-6.
61. Metz TD. Vaccines for pregnant people: are we missing the forest for the trees? *Lancet Digit Health*. 1 août 2023;S2589-7500(23)00131-0.
62. Carosso A, Cosma S, Serafini P, Benedetto C, Mahmood T. How to reduce the potential risk of vertical transmission of SARS-CoV-2 during vaginal delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juill 2020;250:246-9.
63. Corsi Decenti E, Salvatore MA, Mancon A, Portella G, Rocca A, Vocale C, et al. A large series of molecular and serological specimens to evaluate mother-to-child SARS-CoV-2 transmission: a prospective study from the Italian Obstetric Surveillance System. *Int J Infect Dis*. janv 2023;126:1-9.
64. Stensballe LG, Ravn H, Kristensen K, Agerskov K, Meakins T, Aaby P, et al. Respiratory syncytial virus neutralizing antibodies in cord blood, respiratory syncytial virus hospitalization, and recurrent wheeze. *J Allergy Clin Immunol*. févr 2009;123(2):398-403.
65. Stensballe LG, Ravn H, Kristensen K, Meakins T, Aaby P, Simoes EAF. Seasonal variation of maternally derived respiratory syncytial virus antibodies and association with infant hospitalizations for respiratory syncytial virus. *J Pediatr*. févr 2009;154(2):296-8.

66. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EAF, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med*. 20 avr 2023;388(16):1451-64.
67. Klein V, Tchomakov D, Dillenseger L, Astruc D, Kuhn P. Fièvre du nouveau-né et du nourrisson de moins de 3 mois [Internet]. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/met/e-docs/fievre_du_nouveau_ne_et_du_nourrisson_de_moins_de_3_mois_311352/article.phtml
68. Dagan R, van der Beek BA, Ben-Shimol S, Greenberg D, Shemer-Avni Y, Weinberger DM, et al. The COVID-19 pandemic as an opportunity for unravelling the causative association between respiratory viruses and pneumococcus-associated disease in young children: a prospective study. *EBioMedicine*. avr 2023;90:104493.
69. Société française de pédiatrie, groupe de pathologie Infectieuse pédiatrique, association française de pédiatrie ambulatoire et Conseil National professionnel de pédiatrie, du 24 février 2023. Stratégie de prévention des bronchiolites à VRS des nourrissons. Avis des Sociétés Savantes Françaises de Pédiatrie [Internet]. Disponible sur: https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/avis_des_societes_savantes_francaises_de_pediatrie_0.pdf
70. Société pédiatrique de pédiatrie et pneumologie. Position de la SP2A sur les stratégies de prévention de la bronchiolite [Internet]. Disponible sur: https://www.sp2a.fr/spa_actualites/position-strategies-prevention-bronchiolite/
71. Société Française de néonatalogie, groupe de pathologie infectieuse pédiatrique. Avis de la Société Française de néonatalogie et du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique sur la prévention des infections respiratoires basses à VRS dans la population néonatale, y compris la population des nouveau-nés prématurés (5 juin 2023) [Internet]. Disponible sur: <https://www.infovac.fr/docman-marc/public/bulletins/2023/1895-lien-1-avis-sfn-gpip-nirsevimab-comm-texte-def-def/file>
72. Santé publique France. Signalement des épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë (IRA) dans les établissements médico-sociaux (EMS). Guide pour les établissements [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/guide/signalement-des-episodes-de-cas-groupes-d-infection-respiratoire-aigue-ira-dans-les-etablissements-medico-sociaux-ems--guide-pour-les-etablisse>
73. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 10 mars 2020 relatif à la rationalisation de l'utilisation des masques chirurgicaux anti-projections et des masques filtrant de type FFP2 pour les professionnels de santé en établissements de santé, en établissements médico-sociaux et en ville en période épidémique de stade 3 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=830>

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé en date du 21 avril 2023

ven. 21/04/2023 16:40

Saisine - Actualisation des avis COVID

Monsieur le Président du Haut Conseil, Cher Didier,

Tout au long de la crise sanitaire liée au COVID, la Direction générale de la santé (DGS), en lien avec la Direction de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de l'offre de soin (DGOS) ont saisi le Haut conseil de la santé publique (HCSP) afin de recueillir ses recommandations concernant plusieurs éléments de doctrine.

Compte tenu de l'évolution des connaissances sur la pathologie et du contexte épidémiologique, marqué désormais par une co-circulation des virus respiratoires hivernaux, je souhaiterais disposer de votre expertise afin d'abroger ou d'actualiser les recommandations émises dans vos divers avis ces dernières années.

Ce travail devra être mené dans une approche intégrée, visant à mettre en cohérence les recommandations pour les différentes infections respiratoires aiguës (Covid-19, grippe et VRS), en tenant compte de la levée progressive des dispositifs exceptionnels mise en place de la lutte contre la Covid-19.

Je souhaiterais ainsi disposer :

- D'une actualisation de vos **recommandations à porter en milieu médico-social et hospitalier** (dont les visites aux résidents des établissements médicosociaux en prenant en compte qu'il s'agit d'un lieu de vie et de résidence de personnes accompagnées avec, dans les suites de la pandémie de Covid-19, une vigilance renforcée à préserver les droits des résidents, leur liberté d'aller et venir et de maintenir les relations avec les proches ; visites aux patients hospitalisés ; concernant les indications de dépistage et de diagnostic préalablement à une prise en charge médicale en tenant compte de l'avis du groupe de travail [SFAR/SPILF/SFMU/SF2H/SFM/CNR VIR/ANRS MIE de février 2023](#)), les **recommandations**, notamment s'agissant des mesures barrière et d'éviction, **aux personnels soignants et du médico-social** en période de circulation des infections respiratoires aiguës et/ou présentant des symptômes évocateurs d'une infection, ainsi que les **doctrines relatives aux transferts de patients atteints de la Covid-19** (avis du HCSP du 23 octobre et du 17 décembre 2020).
- De la même manière, d'une actualisation de vos recommandations concernant le port du masque par les **femmes enceintes**.
- Enfin, d'une actualisation de vos recommandations sur la question des **aspects pédiatriques spécifiques de l'infection à SARS-CoV-2**, notamment le syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (PIMS).

Dans l'idéal, je souhaiterais qu'un seul avis général soit formulé et qu'au-delà du Covid-19, une approche intégrée pour l'ensemble des infections respiratoires aiguës soit considérée. En effet, mes services conduisent des travaux pour mettre en œuvre cette approche intégrée, qui pourra faire l'objet d'échanges avec le HCSP dans les prochaines semaines.

Votre retour d'ici le 30 juin serait grandement apprécié. Ces éléments nous permettraient en outre de nous préparer au mieux à la prochaine période de circulation des virus hivernaux.

En vous remerciant par avance de ce travail.

Dr Grégory EMERY

Directeur général adjoint de la santé

Ministère de la santé et de la prévention

14, avenue Duquesne – 75007 Paris

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Serge AHO-GLELE, HCSP, CS3SP

Stéphane CHADAPAUD, HCSP, CS3SP

Christian CHIDIAC, expert extérieur, infectiologue, CHU Lyon

Frédérique CLAUDOT, HCSP, CS3SP

Philippe FRAISSE, HCSP, CS3SP

Eric GAFFET, HCSP, CSRE

Jean François GEHANNO, expert extérieur, professeur de médecine du travail, CHU de Rouen

Yves HANSMANN, HCSP, Cs MIME

Sabine HENRY, HCSP, Cs MIME, copilote du groupe de travail

Bruno HOEN, HCSP, Cs MIME, pilote du groupe de travail

Didier LECOINTE, HCSP, Cs 3SP

Philippe MINODIER, HCSP, Cs MIME

Henri PARTOUCHE, HCSP, Cs MIME

Emmanuel PIEDNOIR, HCSP, CS3SP, copilote du groupe de travail

Dominique PLOIN, HCSP, Cs MIME, coordinateur de la partie pédiatrique

Bruno POZZETTO, HCSP, Cs MIME

Matthieu REVEST, HCSP, Cs MIME

Personnes auditionnées/relecteurs

Olivier PICONE, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

Cyril HUISSOUD, CNGOF

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

SG HCSP

Sylvie FLOREANI

Avis produit par le HCSP

Le 31 août 2023

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr