

AVIS

relatif à l'évolution de la doctrine de test et d'isolement des cas et des personnes contact dans le contexte de la décroissance de la diffusion du variant Omicron du virus SARS-CoV-2

11 février 2022

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi en urgence par courriel en date du 9 février 2022 par la Direction générale de la santé (DGS) afin d'actualiser l'avis du 31 décembre 2021 notamment s'agissant de la stratégie de tests à visée de dépistage et de diagnostic à mettre en œuvre pour les cas et les personnes contacts, tenant compte des caractéristiques d'Omicron (notamment durées d'incubation, d'excrétion virale, d'infectiosité) et s'agissant des gestes barrières à privilégier et des recommandations associées pour les cas et les personnes contacts. Il s'agit d'établir des lignes directrices d'une stratégie d'allègement progressive des mesures dans le contexte de la décroissance de la diffusion du variant Omicron du virus SARS-CoV-2 (annexe 1).

Il est aussi demandé au HCSP de préciser si la doctrine mérite des adaptations particulières dans certains secteurs spécifiques, en particulier pour les enfants en milieu scolaire.

Afin de répondre à cette saisine en lien avec la 5^e vague due au variant Omicron en cours et au mode de transmission du virus SARS-CoV-2, le HCSP a sollicité le groupe de travail (GT) permanent « grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » chargé de la réponse aux saisines relatives au Covid-19 composé d'experts membres ou non du HCSP. Un sous-groupe dédié à cette saisine a été constitué (composition du GT en annexe 2). Le GT a travaillé selon la méthode habituelle du HCSP, avec une recherche et une analyse de la documentation disponible (articles scientifiques et recommandations existantes).

1. Le HCSP prend en compte les données suivantes

1.1. Évolution épidémiologique de la 5^e vague due au variant Omicron

L'évolution épidémiologique de la 5^e vague due au variant Omicron est présentée en annexe 3 [1].

1.2. La tension hospitalière

En semaine 4, le nombre de nouvelles hospitalisations était en légère baisse (-7%) alors que celui des admissions en soins critiques se stabilisait (-3%). La part des patients infectés par le SARS-CoV-2 hospitalisés pour un autre motif que la Covid-19 augmentait à 32% en semaine 4 pour les hospitalisations (vs 30% en S03) et 18% (vs 16%) pour les soins critiques.

Au niveau national, la proportion de patients admis pour prise en charge de la Covid-19 avec une suspicion d'Omicron atteignait 94% pour les hospitalisations conventionnelles, 86% chez les patients ayant nécessité une admission en soins critiques (dont services de réanimation) et 87% chez les patients décédés. Ces proportions se rapprochent de celle observée parmi les cas confirmés avec suspicion de variant Omicron (99%).

1.3. Impact clinique du variant Omicron

Les données épidémiologiques et cliniques concernant les pathologies induites par le variant Omicron sont plutôt rassurantes, avec une baisse de l'incidence des formes graves, notamment celles nécessitant des soins de réanimation.

Les formes pulmonaires semblent aussi moins fréquentes. Cette évolution pourrait être consécutive à des modifications du mode d'entrée de ce variant dans les cellules qui privilégierait la pénétration par fusion endosomale *via* des cathepsines plutôt que la fusion avec la membrane cellulaire par le biais du corécepteur TMPRSS2 ; cela augmente considérablement le nombre de cellules sensibles, notamment au niveau des voies aériennes supérieures, ce qui rendrait compte de la plus grande transmissibilité de ce variant et aussi de sa moindre pathogénicité [2].

Cependant, toutes ces données sont encore à conforter et il est très difficile, dans l'état actuel des connaissances, de préjuger de l'issue de cette nouvelle émergence. Le nouveau variant peut annoncer une évolution vers un virus responsable de pathologies plus proches de celles induites par les coronavirus humains saisonniers mais sa plus grande capacité à infecter des cellules d'autres espèces animales peut aussi faire craindre la constitution de nouveaux réservoirs susceptibles de provoquer des rebonds de l'épidémie à plus ou moins court terme [3].

1.4. Données relatives à la vaccination dans la population générale et chez les enfants

Au 1^{er} février 2022, l'estimation de la couverture vaccinale en population générale par un vaccin contre le Covid-19 était de 78,6% pour une primo-vaccination complète et de 53,3% pour la dose de rappel. Parmi les personnes de 18 ans et plus, 67,2% avaient reçu une dose de rappel et 77,5% de ceux qui étaient éligibles au rappel à cette date l'avaient effectivement reçue. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 81,4% avaient reçu une dose de rappel et 89,7% de ceux qui y étaient éligibles à cette date l'avaient reçu. En outre, 8,0% des enfants âgés de 10 à 11 ans avaient reçu une première dose de vaccin (2,7% pour les 5 à 9 ans).

En ce qui concerne les professionnels de santé, la couverture vaccinale de la dose de rappel était de 72,3% (vs 69,4% le 25 janvier 2022) pour ceux exerçant en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou USLD (unité de soins de longue durée), de 83,0% (vs 81,4%) pour les libéraux et de 70,9% pour les salariés en établissements de santé (vs 68,2%).

Les rapports hebdomadaires publiés par la DREES [4] montrent la surreprésentation des personnes non vaccinées dans les événements liés au Covid-19 par rapport à leur part dans la population générale, ainsi que la protection conférée par le vaccin contre les formes graves. Un dernier rapport la publication introduit, pour la première fois, une distinction selon le variant (Omicron ou Delta) responsable de l'infection. Cela permet d'établir de premières estimations, sur données françaises observées, de la protection vaccinale contre le variant Omicron.

Les premiers résultats montrent à ce stade des premières analyses menées les conclusions suivantes :

- depuis la mi-décembre 2021, la hausse fulgurante des tests positifs a été portée par le variant Omicron qui s'est développé extrêmement rapidement. La part de ce variant dans les entrées hospitalières, en hospitalisation conventionnelle ou soins critiques, est à ce jour nettement plus faible : cela s'explique, d'une part, par une différence de temporalité, les hospitalisations étant décalées d'environ 7 jours par rapport aux infections, et, d'autre part, par une augmentation plus mesurée de la proportion des patients touchés par Omicron dans les hospitalisations que dans les tests positifs ;
- à l'aune de la fréquence de tests positifs dans les populations respectives, le variant Omicron circule davantage parmi les personnes vaccinées que non-vaccinées ; c'est l'inverse pour le variant Delta ;

- Parmi les patients infectés ou hospitalisés, la part touchée par le variant Omicron est plus élevée chez les plus jeunes et chez les personnes vaccinées ;
- Pour les personnes testées positives de moins de 80 ans, la probabilité d'être hospitalisée est moins forte si elles sont affectées par Omicron que par Delta ;
- C'est surtout le risque d'aller en soins critiques qui est particulièrement réduit avec Omicron par rapport à Delta, ce pour tous les statuts vaccinaux ; cette réduction de risque d'entrer en soins critiques est particulièrement forte pour les personnes de 60 à 79 ans qui sont aussi les plus représentées dans ces hospitalisations ;
- Le vaccin, et plus particulièrement la dose de rappel, sont efficaces pour lutter contre les hospitalisations après infection par Omicron, même si l'efficacité est réduite par rapport au variant Delta. En revanche, l'efficacité contre l'infection diminue nettement pour le variant Omicron par rapport au variant Delta.
- Enfin, en première analyse, les durées d'hospitalisation semblent plus courtes pour le variant Omicron par rapport au variant Delta.

En parallèle de ces données, la HAS rappelle l'intérêt de la dose de rappel [5].

1.5. Adhésion de la population aux mesures de prévention

Lors de la vague 31 de l'enquête CoviPrev (du 11 au 18 janvier 2022), les parents ayant un enfant âgé entre 12 et 17 ans étaient 79 % à être favorables à leur vaccination, contre 33% parmi les parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans [6]. L'adhésion au rappel vaccinal des adultes interrogés continue à s'améliorer (81% versus 78%). Par ailleurs, on note une augmentation continue depuis décembre de l'adhésion systématique aux gestes barrières, le port du masque en public restant la mesure la plus systématiquement suivie (73 %), et l'aération systématique toutes les heures celle qui l'est le moins (38%). On observe également une augmentation de la proportion du télétravail des adultes en activité professionnelle (31% versus 24% en décembre) (Annexe 4).

1.6. Données épidémiologiques en pédiatrie et place du milieu scolaire dans la diffusion du virus SARS-CoV-2

Le nombre d'enfants âgés de 0 à 9 ans hospitalisés pour Covid-19 par jour en France est disponible sur l'application Géodes [7]. Au 8 février 2022, le nombre d'hospitalisations d'enfants variait par région, de 17 enfants dans la région des Pays de la Loire à 137 enfants dans la région Île-de-France.

L'analyse des 2 derniers pics épidémiques confirme les données déjà observées durant la reprise épidémique des mois de septembre/octobre 2020. En effet les pics épidémiques observés à compter de juillet 2021 (lié au variant Delta) et celui observé à compter du mois de novembre 2021 suivi par le pic Omicron observé à compter du 15 décembre sont bien documentés. L'accès aux tests rendu possible sans limitation, qu'il s'agisse des tests antigéniques réalisés dans les pharmacies ou des tests RT-PCR réalisés dans les laboratoires de biologie médicale et leur enregistrement dans le système d'information SIDEP (Système d'Informations de DEPistage) permettent de disposer d'informations fiables.

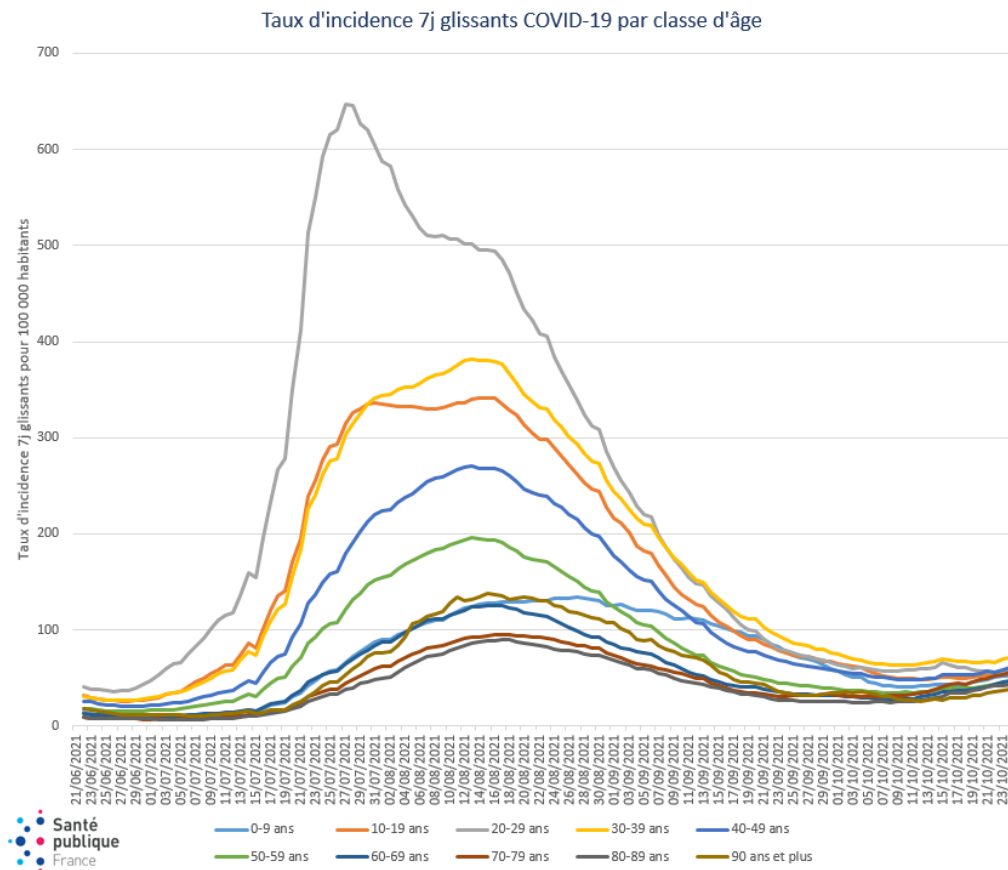
Le HCSP présente volontairement des données disponibles en accès libre¹ et utilisées par des sites accessibles au public².

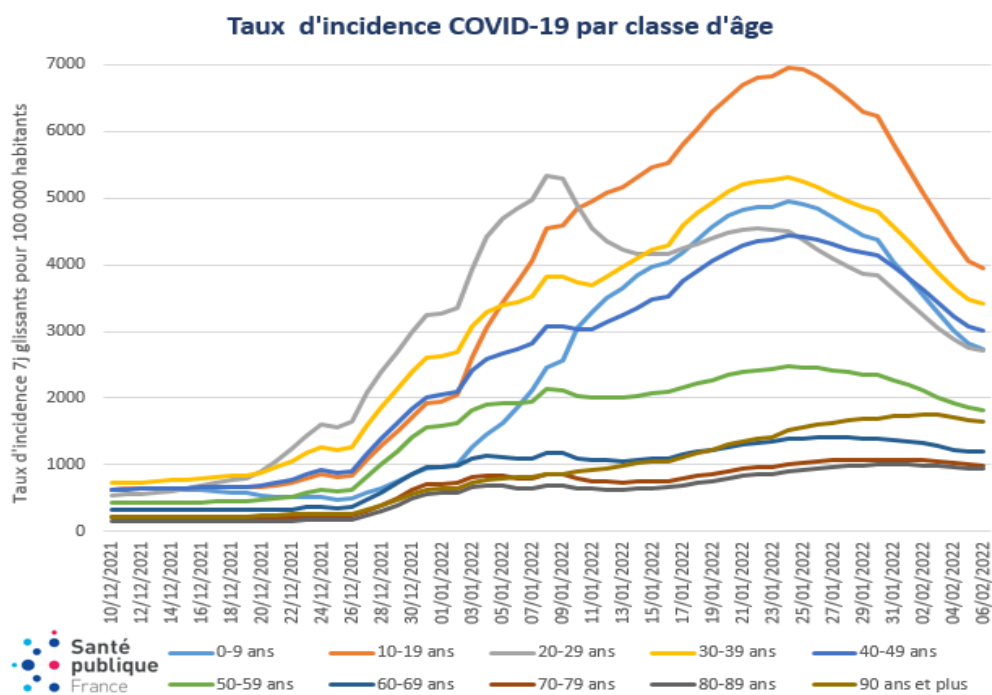
¹ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-resultats-des-tests-virologiques-covid-19/> et <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-hospitalieres-relatives-a-lepidemie-de-covid-19/>

² Par exemple <https://germain-forestier.info/covid/> et <https://twitter.com/nicolasberrod>

Ainsi il est possible de faire les constats suivants pour les 2 derniers épisodes :

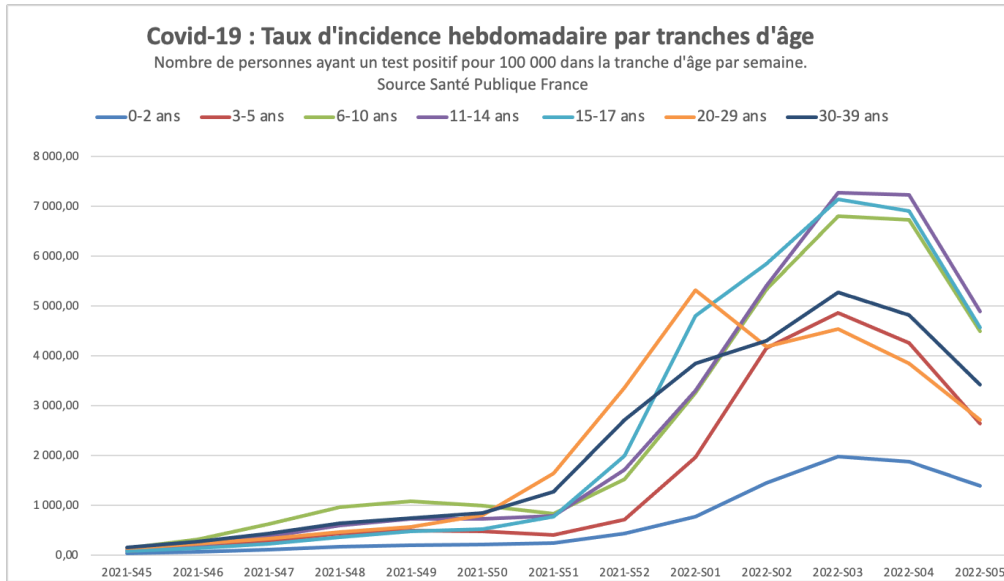
- Le départ des pics épidémiques concerne les populations des jeunes adultes de 20 à 30 ans puis ceux de 30 à 40 ans avec un décalage d'1 semaine environ.
- Les adolescents (10-20 ans) sont concernés dans un second temps et dans les 2 cas durant des périodes de fermeture des établissements scolaires. Les taux d'incidence dans cette tranche d'âge dépassent alors rapidement ceux des classes d'âge précédentes, traduisant s'il en était besoin la difficulté du respect des mesures de freinage dans cette classe d'âge et l'importance des contaminations communautaires en dehors des établissements scolaires.
- Les enfants (0-10 ans) sont concernés dans un 4^{ième} temps par les contaminations avec le même délai durant les 2 épisodes épidémiques, le premier ayant eu lieu en établissement scolaire fermé.
- Les autres classes d'âge (supérieures à 40 ans) sont dans les 2 cas moins concernées avec une dynamique et des taux restant inférieurs à ceux observés chez les jeunes adultes puis les adolescents (données relatives à la vague liée au variant Delta).



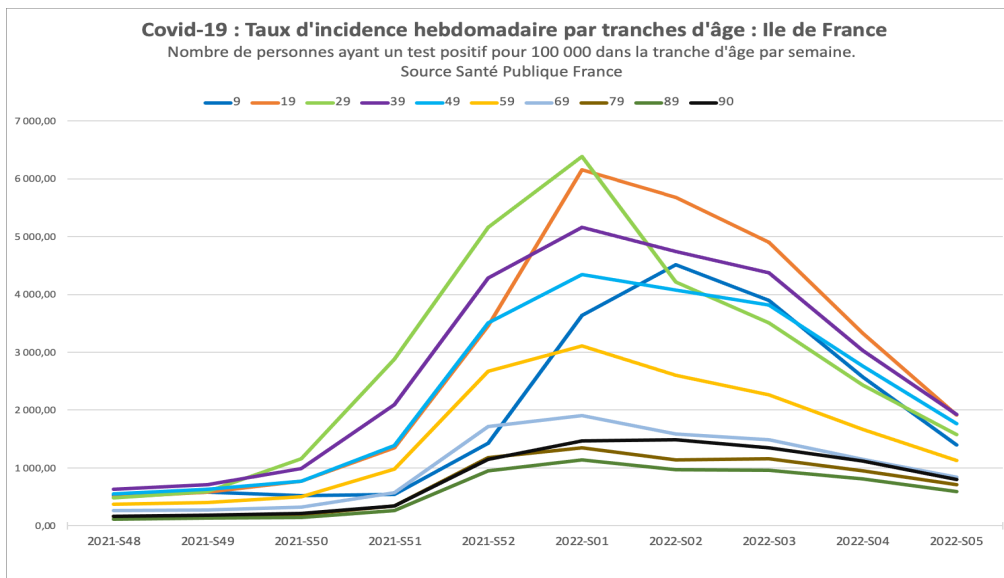


Ainsi, l'observation des 2 dernières vagues épidémiques ne permet pas de conclure à un rôle particulier de l'école ni dans leur initiation ni dans la diffusion même si les établissements scolaires et les universités contribuent à la diffusion comme lieux de regroupement. Il faut prendre en compte que cette évolution a été observée dans une population largement vaccinée pour ce qui est des personnes de plus de 10 ans notamment lors de la dernière vague et d'une faible couverture vaccinale pour les enfants de moins de 10 ans.

Les chiffres donnés par Santé publique France concernant l'évolution de l'incidence des cas positifs par niveaux scolaires permettent de compléter cette analyse [7]. La dynamique du pic épidémique confirme la séquence d'augmentation de l'incidence débutant par les 20-29 ans, les 30-39 ans, puis les 15-17 ans avec une augmentation marquée durant les vacances scolaires, l'augmentation de l'incidence se produisant ensuite pour les 6-14 ans durant les vacances scolaires avec un décalage marqué. Il faut noter la plus faible diffusion de l'épidémie chez les 0-5 ans.



Cette analyse est confirmée par l'analyse du pic épidémique en Île-de-France, région atteinte plus précocement par la vague liée au variant Omicron. Le graphique ci-dessous montre la même séquence de diffusion que celle observée dans l'ensemble de la France, l'augmentation de l'incidence étant observée durant les vacances scolaires pour la tranche d'âge des moins de 10 ans. La décroissance pour toutes les classes d'âge est observée à partir de la 1^{ère} semaine de janvier pour les 20-40 ans puis à partir de la deuxième semaine de janvier pour les autres classes d'âge.



Ainsi le HCSP remarque qu'il n'est pas possible de conclure à un rôle particulier des établissements scolaires dans les rebonds épidémiques successifs observés en France, rôle qui justifierait des mesures particulières. Les données disponibles par ailleurs (études cas-témoins) ne permettent de mesurer que des associations et non d'établir des liens de causalité.

Par ailleurs, l'évolution de l'épidémie observée dans la région Île-de-France permet de projeter une évolution favorable concernant la diffusion du variant Omicron.

Le HCSP attire l'attention sur la nécessité d'identifier rapidement un rebond épidémique dans les classes d'âge de 20 à 40 ans.

1.7. Données relatives aux dépistages

Les dépistages sont des opérations de détection systématique réalisées chez des personnes à risque d'avoir été contaminées et asymptomatiques. Ils ont pour objet de diagnostiquer des personnes contaminées potentiellement « contaminantes » et donc susceptibles de participer au développement de l'épidémie. Par ailleurs, des tests moyennement sensibles pourraient être non contributifs par rapport à pas de tests [9]

Durant l'épidémie, deux types de dépistage ont été réalisés :

- Des dépistages portant sur les contacts des personnes positives considérant la probabilité élevée d'avoir été contaminées au regard du risque de base en population générale.
- Des dépistages réalisés en population générale. Plusieurs dépistages de ce type ont été réalisés durant les mois de décembre 2020 et janvier 2021 pour évaluer l'intérêt de ce type d'approche (Le Havre, Saint-Etienne, etc.).

En milieu scolaire, plusieurs expérimentations de dépistages appelés « itératifs » ont été réalisées afin d'évaluer leur intérêt pour contrôler la diffusion du virus dans ce milieu.

Le HCSP rappelle les critères admis pour mettre en place un dépistage. Le dépistage doit être réalisé 1) dans des populations pour lesquelles le risque est élevé pour limiter les tests négatifs, 2) avec un test dont les valeurs prédictives positive et négative sont suffisantes et 3) dont l'acceptation dans la population est suffisante, 4) lorsqu'on dispose d'interventions efficaces (ici l'isolement pendant la période contagieuse) et applicable, 5) à une périodicité en fonction de la cinétique de la pathologie. Par ailleurs, les dépistages systématiques supposent une bonne participation de la population concernée et une absence de biais de participation (personnes participantes ayant un risque inférieur à celui des personnes non participantes. Sur le terrain, la question de l'acceptabilité des tests de dépistage répétés chez les enfants se pose.

Cette analyse et l'évaluation *ex-ante* de cette mesure ont amené le HCSP à privilégier le dépistage des cas contacts à une périodicité courte (J0, 2, 4) dans son avis du 31 décembre 2021 [8].

1.8. Le plan stratégique actuellement en vigueur en milieu scolaire (Annexe 5)

Afin de mettre en œuvre des mesures proportionnées, le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports [10] a établi en lien avec les autorités sanitaires, une graduation comportant quatre niveaux :

- **niveau 1 : niveau vert**
- **niveau 2 : niveau jaune**
- **niveau 3 : niveau orange**
- **niveau 4 : niveau rouge**

Une analyse régulière de la situation est assurée par le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, sur la base notamment des indicateurs fournis par Santé publique France pour différentes échelles territoriales. En fonction de la situation épidémique, le passage d'un niveau à autre pourra être déclenché au niveau national ou territorial (département, académie, région) afin de garantir une réactivité ainsi qu'une proportionnalité des mesures.

2. Le HCSP rappelle ses recommandations et matrices décisionnelles en matière de stratégie et de contrôle de la diffusion du SARS-CoV-2

2.1. Stratégie de contrôle dans les établissements recevant du public (ERP) et mesures barrières

Le HCSP a proposé en avril 2021 [11] une doctrine générale et une matrice décisionnelle d'aide à la politique de réouverture progressive des ERP à la suite de la 3^e vague, selon certains principes qui restent d'actualité en cette période de décroissance de la diffusion du variant Omicron et de 5^e vague. Les principes sont les suivants :

- la prise en compte des nouveaux outils de protection et de dépistage (vaccination et autotests) en complément des 7 mesures barrières ;
- des lignes directrices simples, compréhensibles, applicables et adaptables ;
- des phases de déconfinement déterminées par l'atteinte d'objectifs prédéfinis plutôt que par des échéances calendaires ;
- la criticité des ERP définie par le risque de transmission du SARS-CoV-2 tenant compte de leur configuration et de leurs activités dont celles présentant des limites au respect des mesures barrières ;
- le taux de couverture vaccinale en population générale comme un indicateur essentiel à la progression du déconfinement ;
- le renforcement de la capacité d'implication des populations les plus vulnérables par des programmes visant l'amélioration des compétences psychosociales.

Dans cette matrice décisionnelle d'avril 2021, le HCSP recommandait d'identifier des niveaux de risque épidémique sur la base d'indicateurs de couverture vaccinale, d'incidence et de tension hospitalière pour piloter la chronologie de la réouverture des ERP. Il définissait en parallèle un niveau de criticité des ERP qui pouvait être faible, moyen ou élevé, selon que les activités étaient réalisées en extérieur ou à l'intérieur de bâtiment et que l'application de l'ensemble des mesures barrières est possible ou non.

Le HCSP proposait ainsi une matrice décisionnelle croisant les niveaux de risque épidémique et les niveaux de criticité des ERP. La stratégie d'ouverture progressive des ERP était conditionnée par ces deux critères et reposait sur trois mesures de prévention : le respect des mesures barrières, l'utilisation des autotests et la gestion progressive de la densité de personnes (jauge). Le HCSP préconisait de procéder à une évaluation prospective permanente de l'efficacité des mesures et de leurs coûts/impacts sociétaux.

Cette réflexion et cette matrice décisionnelle d'avril 2021 reste opérationnelle et doit être adaptée à la situation actuelle de décroissance de la diffusion du variant Omicron du virus SARS-CoV-2 pour élaborer une stratégie d'allègement des mesures barrières et de surveillance des personnes contacts en ERP et en milieu scolaire.

2.2. Stratégie Isoler/Dépister/Tracer

Face à la propagation très rapide du variant Omicron du SARS-CoV2, le HCSP a été saisi le 24 décembre 2021 par la Direction générale de la santé (DGS) pour adapter la doctrine "Isoler / Détecter / Tracer" des personnes infectées par le virus du SARS-CoV-2 ou des personnes contacts, en fonction de leurs situations personnelles et de leur statut vaccinal (complet, incomplet ou non vacciné).

Le HCSP a émis des recommandations le 31 décembre 2021 pour répondre à cette saisine en proposant un raccourcissement des durées d'isolement, en discernant les citoyens et les

professionnels exerçant des métiers essentiels, dont les professionnels de santé, et en précisant que les mesures ne peuvent être que transitoires au regard de l'évolution de l'épidémie [8].

Les aspects sociétaux et économiques sous-jacents ont aussi été pris en considération de par leur possible impact sur la mise en œuvre d'actions de santé publique.

Ces recommandations, résumées dans deux matrices décisionnelles, ont été déclinées selon trois phases représentant chacune un stade de l'intensité de l'épidémie tenant compte de l'explosion de la diffusion du variant Omicron et du risque de déstabilisation sociétale, selon que les personnes sont infectées par le virus du SARS-CoV-2, contact avéré ou sans contact avéré, et en fonction de leur statut vaccinal.

Ainsi, par exemple, dans la matrice 1 en phase 3, pour les personnes avec schéma vaccinal complet et les personnes contact, il a été proposé de lever la quarantaine sous certaines conditions (respect des mesures barrières, limitation des contacts sociaux, organisation des conditions de travail et surveillance par autotests). Cette stratégie pouvait s'appliquer en milieu scolaire pour les enfants non vaccinés âgés de moins de 12 ans.

Dans le présent avis, le HCSP propose des évolutions de cette matrice en matière de maintien ou non d'application de mesures barrières et de surveillance par autotests nasaux des personnes contacts, en population générale et en milieu scolaire.

3. Pour répondre à cette saisine du 9 février 2022, le HCSP prend en compte les éléments suivants (déterminant bénéfice/risque)

- La moindre sévérité possible des infections au variant Omicron du virus SARS-CoV-2 chez les personnes présentant un schéma vaccinal complet tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- La diffusion très importante du variant Omicron dans la population générale en janvier 2022 ayant entraîné des taux d'incidence très élevés, dans toutes les catégories d'âge et dans tous les milieux familiaux, professionnels ou publics ;
- L'incertitude sur l'évolution épidémiologique du sous-variant BA.2 ;
- L'efficacité démontrée de la vaccination sur les formes graves de Covid-19 ;
- La diffusion du variant Omicron du virus SARS-CoV-2 chez les personnes vaccinées ;
- La mise à disposition de traitements antiviraux par voie orale en médecine libérale pour les patients à risque de forme grave présentant une symptomatologie débutante ;
- Le faible impact de l'épidémie actuelle sur les hospitalisations pour Covid-19 en pédiatrie (avec cependant une attention particulière de l'évolution du nombre de PIMS ou syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique) ;
- L'augmentation de la couverture vaccinale en France ;
- Le maintien d'une observance élevée des mesures barrières en population générale, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans ;

- La tendance à l'amélioration actuelle de la tension hospitalière due à la diminution de l'incidence du variant Omicron (dépassement du pic épidémique) :
 - Le nombre d'hospitalisations en soins critiques, essentiellement dû au variant Delta est en diminution depuis quelques jours, laissant penser à une dynamique de décroissance de l'épidémie due à ce variant ;
 - Les patients adultes infectés par le variant Omicron du virus SARS-CoV-2 de façon fortuite, en cours d'hospitalisation représentent à ce jour près de 32% (semaine 4) des cas positifs hors soins critiques ;
 - La faible proportion d'hospitalisations pour Covid-19 en pédiatrie.
- La nécessité de développer une stratégie de communication ciblée et adaptée à la situation épidémiologique actuelle et aux mesures de prévention ;
- La dimension fondamentale de l'éducation à la santé pour permettre à la population de s'approprier les mesures de prévention ;
- L'accessibilité et, de fait la possibilité d'utilisation des tests de dépistage dont les autotests restent primordiales même en phase d'allègement et de réduction du nombre d'autotests pour les personnes contacts ;
- La mise en œuvre de stratégies d'allègement des mesures de contrôle de l'épidémie actuelle liée au variant Omicron du virus SARS-CoV-2 **dans une approche de gestion des risques et de santé publique** :
 - La gestion du risque consiste à adapter les mesures en fonction d'objectifs sociétaux en termes de niveaux de risques résiduels (individuels et /ou collectifs) acceptés, de l'intensité du risque encouru, mais aussi de prendre en compte les différents aspects (efficacité, coût, bénéfices, acceptabilité ...) des interventions envisagées.
 - Une telle stratégie suppose de définir :
 - Des niveaux de risques locaux, régionaux ou nationaux qui reposent sur une batterie d'indicateurs standardisés et qui permettent d'apprécier à la fois la criticité de la situation et sa dynamique. C'est la stratégie appliquée en France avec les codes couleurs telles qu'ils figurent sur la carte des régions donnée régulièrement par le centre de crise sanitaire ;
 - Une série de mesures qui peuvent être proposées soit de façon globale soit de façon spécifique à certains milieux (milieu professionnel, espace culturel, espace éducatif, milieu scolaire ...).
 - Cette batterie de mesures nécessitera d'être adaptée régulièrement en fonction des modifications des connaissances sur la transmission de la maladie et sa virulence ;
 - Une clarification du niveau de décision permettant d'adapter les mesures au niveau constaté dans l'unité géographique retenue.
 - **Le HCSP propose donc d'utiliser cette méthodologie durant la période suivant la phase actuelle de baisse de la tension hospitalière et de baisse de l'incidence du variant Omicron dans la population générale.** Cette méthodologie permettra ainsi d'adapter la mise en œuvre des mesures de contrôle du risque de contamination.
 - Il est possible d'identifier les déterminants des risques de contamination et les types de mesures de prévention qui peuvent être proposées pour limiter ces risques
- L'allègement progressif des mesures et des modalités de surveillance doit se faire dans le contexte d'une épidémie liée au variant Omicron encore présente et dont on peut penser qu'elle durera encore quelques semaines même si elle semble désormais dans une phase de décroissance, avant de s'installer peut-être dans une phase endémique. Il s'agit donc

de rentrer dans une phase de gestion des risques comme décrite ci-dessus et d'alléger les mesures barrières ou de surveillance des cas contacts en limitant les risques au maximum.

- La définition des différentes phases ou scénarii (« **intermédiaire, favorable, fin de 5^e vague** ») proposés dans les matrices décisionnelles 1 et 2 de cet avis :
 - Ne peut se baser uniquement sur des valeurs chiffrées de différents déterminants ;
 - Ces déterminants peuvent tenir compte de la tension hospitalière, du taux de mortalité, de l'incidence en population générale, de la valeur du coefficient de reproductibilité effectif R_0 ou encore de la couverture vaccinale selon un schéma complet tel que défini par la HAS.

- Les mesures proposées dans cet avis sont évolutives en plusieurs phases chronologiques mais peuvent être transitoires et faire l'objet d'une réévaluation en fonction de l'évolution épidémique, incertaine à ce jour à moyen terme, même si la situation actuelle liée à la fin de l'épidémie du variant Delta et à la phase de décroissance dynamique de l'incidence du variant Omicron est favorable, notamment en termes de tension hospitalière (liée aux patients hospitalisés pour Covid-19).

4. Recommandations du HCSP

Les recommandations ci-dessous, prenant en compte trois phases évolutives possibles (intermédiaire, favorable, fin d'épidémie liée au variant Omicron BA.1), sont suivies de deux matrices décisionnelles relatives à la population générale (matrice 1) et aux milieux scolaires (matrice 2). Seuls les allègements progressifs des deux premières phases sont développés dans le texte ci-dessous, l'allègement maximal des mesures proposé dans la phase de fin d'épidémie liée au variant Omicron BA.1 est disponible dans les deux matrices décisionnelles. La matrice 1 concernent les personnes présentant un schéma vaccinal complet selon la définition de la HAS en vigueur. Les recommandations relatives à l'isolement des personnes infectées par le virus SARS-CoV-2 (avis du HCSP du 31 décembre 2021) ne sont pas modifiées et restent valides.

Recommandations générales

Le HCSP recommande :

- De mettre en place une stratégie de gestion des risques progressive en cette phase de décroissance de la diffusion du variant Omicron en y intégrant une gestion individuelle et volontaire ;
- D'élaborer des lignes directrices simples, compréhensibles, applicables et adaptables ;
- De prendre en compte le maintien ou l'allègement simultané ou décalé des outils de protection et de dépistage (mesures barrière et autotests) ;
- De décliner l'allègement des mesures barrières et de surveillance des personnes ou enfants contacts par phases successives correspondant à des améliorations épidémiologiques et socio-sanitaires (Cf. matrices décisionnelles 1 et 2) ;
- De définir des phases d'allègement par l'atteinte d'objectifs prédéfinis plutôt que par des échéances calendaires ;
- De tenir compte des différents types d'ERP et lieux de vie notamment le milieu scolaire pour l'adaptation de l'allègement progressif des mesures ;
- De prioriser l'éducation à la santé à la simple information pour permettre à la population de s'approprier les mesures de prévention ;
- De maintenir le renforcement de la capacité d'implication des professionnels et des citoyens pour une meilleure adhésion ;
- De discuter et mettre en application pratique ces mesures d'allègement dans un cadre collectif avec les différents partenaires politiques, sanitaires, éducatifs et socio-économiques.

Recommandations relatives à la communication

Le HCSP recommande :

- D'organiser une campagne de communication spécifique à ces adaptations et évolutions au décours des pics épidémiques liés au variant Delta et Omicron du virus SARS-CoV-2 ;
- De proposer des messages et documents précis, simples et acceptables pour une adhésion des populations cibles, en population générale et en milieu scolaire en particulier ;
- D'expliquer la stratégie d'allègement progressif des mesures proposées dans le cadre d'une évolution épidémiologique favorable en tenant compte d'une chronologie temporelle correspondant à des phases (intermédiaire, favorable ou de fin éventuelle de 5^e vague), imposées par les données épidémiologiques et la tension hospitalière ;
- De développer une communication sanitaire devant prendre en compte les spécificités des groupes de population.

Recommandations relatives aux mesures barrières en population générale (cf. matrice décisionnelle 1)**Le HCSP recommande :**

- De maintenir en permanence l'application des mesures barrières individuelles (hygiène des mains et gestes barrières) et collectives (nettoyage et ventilation/aération des locaux) au-delà de l'évolution de cette 5^e vague (et au-delà de la pandémie), en tant que mesures universelles d'hygiène pour la prévention des infections communautaires dans la population générale.

En phase intermédiaire

- De maintenir l'application de l'ensemble des mesures barrières en milieux clos et confinés (mal ventilés) ;
- De maintenir le port d'un masque en milieux clos confinés ou non ;
- De ne pas préconiser le port d'un masque en extérieur sauf en cas de regroupement de personnes avec une forte densité sans pouvoir respecter une distance physique.

En phase favorable

- De maintenir le port d'un masque dans les seuls milieux clos et confinés (mal ventilés)

Recommandations relatives aux mesures barrières en milieu scolaire (cf. matrice décisionnelle 2)**Le HCSP recommande :****En phase intermédiaire****Pour les enseignants/encadrants**

- De maintenir le port d'un masque pour les enseignants/encadrants en classe au contact des enfants > 6 ans (classe élémentaire) et en « salle des professeurs » ;
- D'envisager une stratégie d'abandon du port de masque pour les enseignants/encadrants pendant les seuls moments d'encadrement des enfants (pas lors des regroupements entre enseignants/encadrants dans les « salles des professeurs »), présentant un schéma vaccinal complet selon les définitions de la HAS en vigueur, volontaires et responsables et indemnes de facteurs de risque, prenant en charge des enfants âgés de moins de 6 ans (petite enfance et classe maternelle) sous condition d'un autotest nasal antigénique négatif quotidien ou tous les deux jours avant le contact avec les enfants (avec isolement en cas de d'autotest positif). Cette stratégie repose sur les arguments suivants :
 - La diminution rapide de l'incidence dans toutes les classes d'âge limite le risque de contamination des enseignants/encadrants par les enfants ;
 - Le risque de retard de langage d'enfants mis en présence d'adultes porteurs de masque durant l'essentiel de leurs journées à un âge essentiel pour les apprentissages de base est un risque potentiel pesant sur un grand nombre d'enfants (plus de 3 millions d'enfants) et qui doit être limité au maximum, faute d'études disponibles en population générale.

Pour les élèves

- De maintenir seulement en intérieur (classe, couloirs ...) le port d'un masque UNS1 ou à usage médical pour les enfants âgés de plus de 6 ans.

Pour les enseignants/encadrants et les enfants

- De ne plus préconiser le port de masque pour les activités sportives extérieures ou intérieures sans contact (respect d'une distance physique possible) ni en cours de récréation (élèves et enseignants/encadrants) dès la phase intermédiaire.
- De maintenir le port de masque dans les transports scolaires, à la cantine pour les enseignants/encadrants et pour tout élève en dehors du temps pendant lequel il mange, en phase intermédiaire.

En phase favorable**Pour les enseignants/encadrants**

- De ne plus préconiser le port d'un masque UNS1 ou à usage médical pour les enseignants/encadrant et les enfants ;
- De maintenir le port d'un APR de type FFP2 pour les seuls enseignants/encadrants immunodéprimés et en échec de vaccination (s'ils le supportent et après consultation médicale).

Pour les élèves

- De ne plus préconiser le port de masque en classe pour les enfants âgés de plus de 6 ans.

Recommandations relatives à la stratégie Isoler/Dépister/Tracer**Le HCSP recommande :**

- De réduire le nombre d'autotests nasaux antigéniques pour les personnes contacts adultes ou enfants, de trois à deux (J2 et J4, suppression du J0) en phase intermédiaire puis à un seul autotest à J2 en phase favorable.

Recommandations relatives à l'activation des phases intermédiaires et favorables**Le HCSP recommande :**

- De construire une matrice décisionnelle permettant de décider le passage de la phase actuelle (pic épidémique) à la phase intermédiaire et à la phase favorable dans une dynamique de baisse de l'incidence.

Cette matrice décisionnelle peut être construite sur la base de 3 indicateurs cumulés :

- L'incidence des nouveaux cas dont les seuils doivent être adaptés au variant Omicron BA.1,
- La tension hospitalière évaluée sur la base des indicateurs déjà utilisés et en utilisant les seuils actuels qui ont montré leur pertinence durant le pic épidémique actuel,
- La cinétique de l'épidémie évaluée par le coefficient de reproductibilité R effectif tel qu'il est calculé par Santé publique France. Le R doit, après la phase de décroissance permettant d'obtenir un plateau, être maintenu inférieur à 1.

Le HCSP n'est pas en mesure, compte tenu du délai dont il a disposé pour élaborer cet avis, de fournir cette matrice décisionnelle reposant sur un indicateur composite en rajoutant par exemple la mortalité ou sur la combinaison des indicateurs proposés ci-dessus. En effet, il est nécessaire de tester ces indicateurs avant de les adapter en routine.

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 scientifiques, des données épidémiologiques et de la couverture vaccinale.

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

Validé le 11 février 2022 par le président du Haut Conseil de la santé publique.

Matrice décisionnelle 1. Évolution des mesures de prévention en population générale adulte en période de dépassement du pic épidémique lié au variant Omicron pour les personnes adultes présentant un schéma vaccinal complet et fréquentant un établissement recevant du public (ERP)

ERP	Phase intermédiaire			Phase favorable			Fin de 5 ^e vague / variant Omicron BA.1		
	Milieux extérieurs	Milieux clos non confinés	Milieux clos confinés	Milieux extérieurs	Milieux clos non confinés	Milieux clos confinés	Milieux extérieurs	Milieux clos non confinés	Milieux clos confinés
Mesures barrières									
Hygiène des mains	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Port d'un masque	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Gestes barrières <i>Ne pas se serrer les mains, ne pas s'embrasser</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
<i>Tousser dans son coude, mouchoir à usage unique</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Distance physique	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Ventilation/Aération ET nettoyage des locaux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Application d'une jauge	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Auto surveillance des personnes contacts Autotests nasaux pour les personnes contacts	Oui, deux autotests nasaux antigéniques à J2 et J4 (suppression du J0) J0 : date de notification d'être contact			Oui, un seul autotest nasal antigénique à J2 selon les mêmes conditions			Non	Non	Non
Auto surveillance pour tout citoyen fréquentant un ERP ou lieu familial /amical Un autotest nasal avant la fréquentation	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui éventuellement si personnes immunodéprimées ou en échec de vaccination	Non	Non	Non

Matrice décisionnelle 2. Évolution des mesures de prévention en milieu scolaire en période de dépassement du pic épidémique lié au variant Omicron

ERP	Scénario intermédiaire			Scénario favorable			Fin de 5 ^e vague / variant Omicron BA.1		
	Activités sportives	En cour de récréation	En classe ³	Activités sportives	En cour de récréation	En classe	Activités sportives	En cour de récréation	En classe
Mesures barrières									
Hygiène des mains	Oui, au moins une fois par demi-journée et en cas de souillure dans le cadre des mesures universelles d'hygiène								
Port d'un masque	Non ⁴	Non	Oui ⁵	Non	Non	Non ⁶	Non	Non	Non
Gestes barrières <i>Ne pas se serrer les mains, ne pas s'embrasser</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
<i>Tousser dans son coude, mouchoir à usage unique</i>	Oui dans le cadre des mesures universelles d'hygiène								
Distance physique	Non, pour maintenir les classes ouvertes et favoriser le présentiel								
Ventilation/Aération ET nettoyage des locaux	Oui, dans le cadre du règlement départemental, pour la qualité de l'air et le bien-être de enfants et des mesures universelles d'hygiène								
Application d'une jauge	Non	Oui, éviter les rassemblements importants en milieux clos		Non, pour maintenir les classes ouvertes et favoriser le présentiel			Non		
Auto surveillance des personnes contacts	Oui, deux autotests nasaux antigéniques à J2 et J4 (suppression du JO) sans demande d'attestation des parents JO : date de notification d'être contact			Oui, un seul autotest nasal antigénique à J2 selon les mêmes conditions			Non		

³ Classes primaires (maternelle et élémentaire), collège et lycée.

⁴ Non sauf si sports collectifs en milieu clos sans possibilité de distance physique.

⁵ Le port d'un masque est recommandé pour tous les enseignants/encadrants des classes de primaire (maternelle et élémentaire). Le port de masque pour les enseignants/encadrants prenant en charge des enfants de moins de 6 ans (maternelle) pourrait être levé sous condition d'un autotest nasal antigénique négatif le matin avant le contact avec les enfants.

⁶ Sauf pour les enseignants/encadrants immunodéprimés et en échec de vaccination pour les seules classes d'élémentaires, collèges et lycées.

Références

1. Santé publique France Point épidémiologique COVID-19 du 3 février 2022 : la circulation du SARS-CoV-2 ralentit au niveau national mais les indicateurs épidémiologiques et hospitaliers restent très élevés [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/point-epidemiologique-covid-19-du-3-fevrier-2022-la-circulation-du-sars-cov-2-ralentit-au-niveau-national-mais-les-indicateurs-epidemiologiques-e>
2. Pia L, Rowland-Jones S. Omicron entry route. Nat Rev Immunol [Internet]. 26 janv 2022;1 1. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/s41577-022-00681-9>
3. Xu Z, Liu K, Gao GF. Omicron variant of SARS-CoV-2 imposes a new challenge for the global public health. Biosaf Health.; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S259005362200012X>
4. DREES La protection vaccinale demeure élevée contre les formes graves d'infection au variant Omicron, même si elle est inférieure à celle contre le variant Delta Appariements entre les bases SI-VIC, SI-DEP et VAC-SI avec distinction Omicron-Delta. 14 janvier 2022 ; disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-01/2022-01-14%20-%20Appariements%20sivic-sidep-vacsi%20Drees%20-%20note%205.pdf>
5. Haute Autorité de santé. Covid-19 : la HAS élargit le périmètre de la dose de rappel. 6 octobre 2021 ; disponible sur : [https://urldefense.com/v3/__https://www.has-sante.fr/jcms/p_3290677/fr/covid-19-la-has-elargit-le-perimetre-de-la-dose-de-rappel__;!!FiWPmuqhD5aF3oDTQnc!yOtmwDIOhUE2EaHcYPVnnFilb70_-3t0RvMST8Zek3PtPu8UUNFGMGsK40xzHKWtJWBk18TWVejIdA\\$](https://urldefense.com/v3/__https://www.has-sante.fr/jcms/p_3290677/fr/covid-19-la-has-elargit-le-perimetre-de-la-dose-de-rappel__;!!FiWPmuqhD5aF3oDTQnc!yOtmwDIOhUE2EaHcYPVnnFilb70_-3t0RvMST8Zek3PtPu8UUNFGMGsK40xzHKWtJWBk18TWVejIdA$)
6. Santé publique France. Comment évolue l'adhésion des Français aux mesures de prévention contre la Covid-19 ? Résultats de la vague 31 de l'enquête CoviPrev [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections->
7. Geodes. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1528625,6775601,3523623,1847697&c=indicator&f=09&i=covid_hospit_clage10.hosp&s=2022-02-08&t=a01&view=map1
8. Haut Conseil de la santé publique Variant Omicron du SARS-CoV-2 : propositions de contact tracing [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1136>
9. Whitmeyer, M. (2021). An imperfect test for a virus can be worse than no test at all. Health Economics, 30(6), 1347–1360. <https://doi.org/10.1002/hec.4254>)).
10. Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports. Année scolaire 2021-2022 : protocole sanitaire et mesures de fonctionnement [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/annee-scolaire-2021-2022-protocole-sanitaire-et-mesures-de-fonctionnement-324257>
11. Haut Conseil de la santé publique Covid-19 : stratégie pour la définition de mesures permettant la réouverture des établissements recevant du public [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1010>

Annexe 1 – Saisine urgente de la Direction générale de la santé en date du 9 février 2022

De : SALOMON, Jérôme (DGS) <Jerome.SALOMON@sante.gouv.fr>

Envoyé : mercredi 9 février 2022 07:36

À : HCSP-SECR-GENERAL <HCSP-SECR-GENERAL@sante.gouv.fr>;

Objet : SAISINE URGENTE

Importance : Haute

Monsieur le Président, Cher Franck,

Depuis le début de l'année, le variant Omicron a pratiquement totalement remplacé le variant Delta. Ce variant présente des caractéristiques différentes : plus transmissible, il présente cependant moins de risque d'entraîner des formes cliniques graves. Par ailleurs, la couverture vaccinale anti Covid de la population générale atteint près de 80% pour deux doses et désormais 55% ont bénéficié d'une dose de rappel.

La situation est désormais caractérisée par une baisse marquée depuis une dizaine de jours de la circulation virale. L'évolution des caractéristiques de l'épidémie permet donc d'envisager une évolution de la doctrine de test et d'isolement des cas et des personnes contact.

En conséquence, au regard du contexte épidémiologique et des dernières connaissances scientifiques sur le variant Omicron, je souhaite que vous puissiez actualiser votre avis du 31 décembre, notamment s'agissant de la stratégie de tests à visée de dépistage et de diagnostic à mettre en œuvre pour les cas et les personnes contacts, tenant compte des caractéristiques d'Omicron (notamment durées d'incubation, d'excrétion virale, d'infectiosité) et s'agissant des gestes barrières à privilégier et des recommandations associées pour les cas et les personnes contacts. Vous indiquerez si la doctrine définie mérite des adaptations particulières dans certains secteurs spécifiques, en particulier pour les enfants en milieu scolaire.

Je vous remercie de me faire parvenir les résultats de vos travaux pour le jeudi 10 février 2022.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Bon courage et merci encore pour votre engagement sans faille !

Jérôme

Professeur Jérôme SALOMON, MD, MPH, PhD

Directeur général de la Santé / General Director for Health

Annexe 2 – Composition du groupe de travail

Membre du Collège du HCSP :

- Zeina MANSOUR, vice-présidente du HCSP

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes » :

- Christian CHIDIAC, Président de la CS MIME, Président du comité permanent Covid-19
- Elisabeth NICAND
- Bruno POZZETTO

Membre qualifié de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » :

- Didier LEPELLETIER, vice-président de la CS 3SP, Co-président du groupe permanent Covid-19, pilote du groupe de travail pour la réponse à cette saisine

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement »

- Jean-Marc BRIGNON
- Fabien SQUINAZI, vice-président de la CS-RE

Secrétariat général du HCSP

- Ann PARIENTE-KHAYAT

Structures auditionnées

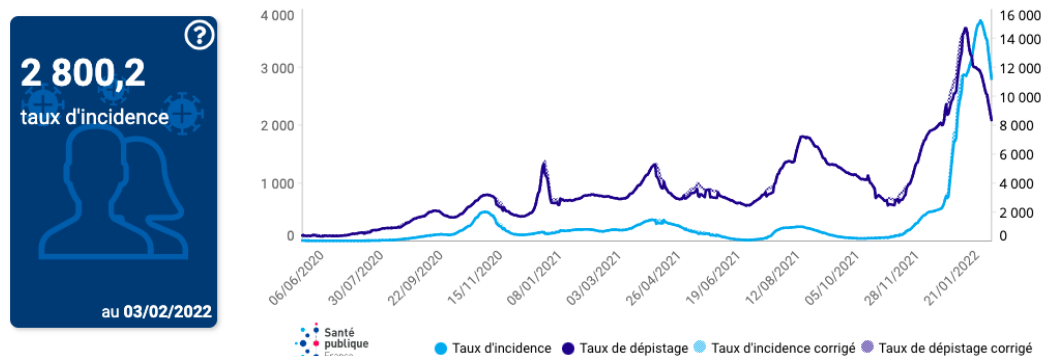
- Brigitte MOLTRECHT, Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
- Didier CHE, Laëtitia HUIART, Daniel LEVY-BRUHL, Alexandra MAILLES, Santé publique France

Annexe 3. Évolution épidémiologique de la 5^e vague due au variant Omicron⁷

En semaine 4 (du 24 au 30 janvier 2022), la **circulation du SARS-CoV-2** a ralenti sur le territoire national avec un taux d'incidence en baisse de 8%. Cet indicateur continuait néanmoins d'augmenter chez les 70 ans et plus et restait à un niveau très élevé (supérieur à 3 000 cas pour 100 000 habitants) dans la majorité des régions. La pression sur les hôpitaux demeurait forte avec des indicateurs hospitaliers toujours à des niveaux très élevés et le nombre de décès de patients COVID-19 principalement chez les plus de 65 ans, poursuivait sa hausse. Bien que minoritaire, mais probablement plus transmissible, le **sous-lignage BA.2 d'Omicron** progresse (2% en S03).

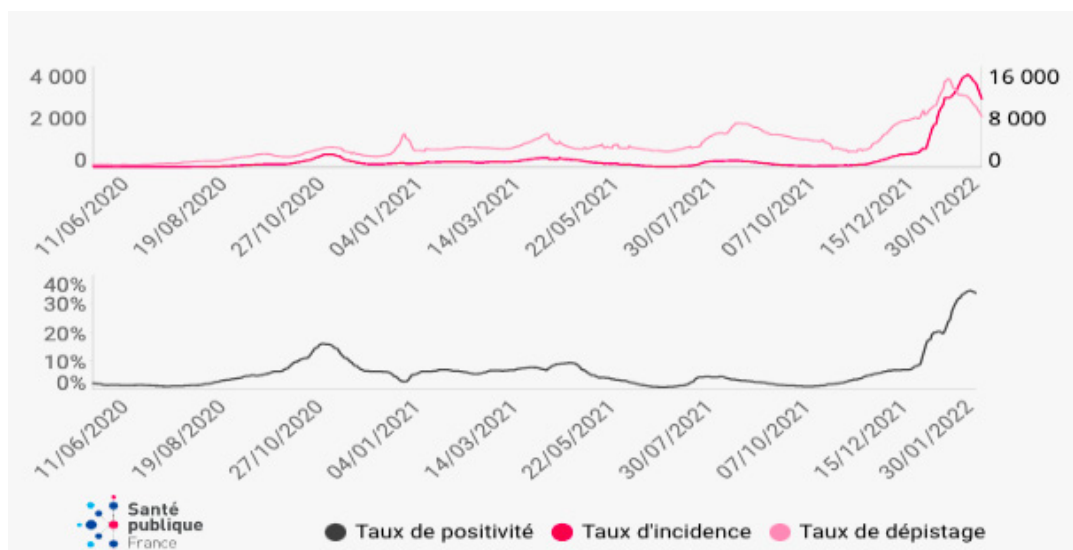
Au 1^{er} février 2022, 81,4% des 65 ans et plus avaient reçu un rappel de vaccination. Cette proportion n'était que de 73,2% chez les 80 ans et plus. **L'adhésion rigoureuse aux gestes barrières (port du masque et réduction des contacts), l'aération fréquente des lieux clos et le télétravail restent essentiels pour limiter le nombre de contaminations.** Intensifier la vaccination, dont le rappel dès trois mois, particulièrement chez les sujets âgés et respecter l'ensemble des mesures préconisées en cas de symptôme, de test positif et de contact à risque sont nécessaires pour limiter les formes graves et freiner les répercussions sur le système de soins, toujours en tension.

Au niveau national, après 15 semaines d'augmentation, **le taux d'incidence a diminué de 8%** en semaine 4, atteignant 3 460 cas pour 100 000 habitants, soit encore plus de 331 000 cas en moyenne par jour. **Il était en baisse chez les moins de 50 ans et en hausse chez les 70 ans et plus.** L'augmentation la plus forte était observée chez les 90 ans et plus (+19%). Il restait le plus élevé chez les 10-19 ans. Le taux de dépistage (10 082/100 000) était en baisse pour la troisième semaine consécutive (-14%). Le taux de positivité continuait d'augmenter à 34,3% mais de façon moins marquée que la semaine précédente (+2,5 points vs +7,4 points en S03). Cela suggère toujours un probable recours plus fréquent aux autotests (non inclus dans SI-DEP) confirmés ensuite par PCR ou test antigénique. Les données sur le traçage des cas et des contacts montraient que la proportion de cas ayant pu être infectés dans un établissement médico-social était de nouveau en augmentation cette semaine. Cette observation, ainsi que la hausse des contaminations chez les 70 ans et plus invitent à la plus grande vigilance sur l'évolution de l'épidémie chez les plus âgés, notamment les résidents de ces établissements.



⁷ Santé Publique France (Janvier 2022) <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/point-epidemiologique-covid-19-du-3-fevrier-2022-la-circulation-du-sars-cov-2-ralentit-au-niveau-national-mais-les-indicateurs-epidemiologiques-e>

Classe d'âges	semaine du 13/12/2021	semaine du 20/12/2021	semaine du 27/12/2021	semaine du 03/01/2022	semaine du 10/01/2022	semaine du 17/01/2022	semaine du 24/01/2022
0-9 ans	581,4	488,7	1 009,5	2 573,9	4 028,2	4 874,4	4 377,7
10-19 ans	670,5	837,5	2 052,4	4 607,4	5 526,7	6 823,4	6 221,3
20-29 ans	792,9	1 640,6	3 349,8	5 306,4	4 169,9	4 534,3	3 832,5
30-39 ans	844,6	1 266,7	2 704,7	3 840,6	4 293,6	5 269	4 805,2
40-49 ans	677,1	904,1	2 105,4	3 087,9	3 523,3	4 371,7	4 140,3
50-59 ans	459,4	618,2	1 623	2 127,4	2 090,2	2 429,5	2 345,4
60-69 ans	318,3	367,8	990,8	1 187,4	1 095,4	1 342,9	1 394,4
70-79 ans	204,2	233,5	724,1	853,1	760,8	971,2	1 077,4
80-89 ans	155,2	184,8	585,7	687,3	663,2	861,5	996,1
+ 90 ans	229,1	266,8	655,7	873,3	1 059,7	1 410,3	1 688,2



COVID-19

POINT ÉPIDÉMIOLOGIQUE



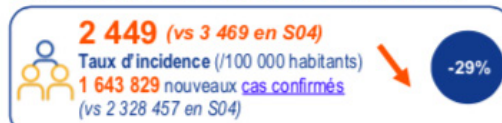
10 février 2022 / N°102

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires¹ et de ses propres études et enquêtes. Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 09 février 2022.

Chiffres clés

En semaine 05 (31 janvier-06 février 2022)

En comparaison avec S04 (24-30 janvier 2022)



Au 08 février 2022

En comparaison avec le 1^{er} février 2022



*S05 : données non consolidées.

¹ Santé publique France remercie le large réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance COVID-19 : médecine libérale et hospitalière, urgences, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

Point épidémiologique hebdomadaire / N°102 / Situation au 10 février 2022 / P. 1

Points clés

Situation épidémiologique

En semaine 05, le ralentissement de la circulation du SARS-CoV-2 s'est confirmé sur le territoire et s'est accompagné d'une baisse des nouvelles admissions à l'hôpital, mais les indicateurs restaient élevés.

• Métropole :

- Taux d'incidence en baisse dans l'ensemble des régions
- Taux de positivité toujours en hausse chez les 60 ans et plus
- Baisse amorcée des indicateurs hospitaliers dans la majorité des régions
- Surmortalité toutes causes depuis novembre en lien avec l'importance de la cinquième vague en France

• Outre-mer :

- Indicateurs virologiques et hospitaliers en diminution mais toujours élevés à La Réunion

Suivi des contacts

- Diminution du nombre de cas et de personnes-contacts
- Nombre stable et très faible de personnes-contacts déclarées par cas appelé (valeur de 1,1)

Variants

- Omicron représentait 98,8 % des séquences interprétables dans l'enquête Flash S04 du 24/01
- Sous-lignage BA.2 reste minoritaire mais en progression (5,4% le 24/01 vs 1,9% le 17/01)

Prévention

• Vaccination au 08 février 2022 (données Vaccin Covid) :

- 78,9% de la population totale avait reçu une primo-vaccination complète
- 69,3% des 18 ans et plus avaient reçu une dose de rappel (79,4% parmi les personnes éligibles) et 82,3% parmi les 65 ans et plus (90,3% parmi les éligibles)

• Importance des mesures combinées :

- Schéma vaccinal complet avec un rappel dès trois mois
- Respect des mesures barrières, dont le port du masque et la réduction des contacts, et des autres mesures préconisées telles que l'aération fréquente des lieux clos, le télétravail et l'adhésion au contact-tracing

Tableau de bord

[InfoCovidFrance](#)

Actuellement, le **variant Omicron** circule à des niveaux importants à travers le monde. Il est normal d'observer chez un variant qui circule une diversification génétique au cours du temps et l'apparition de nouveaux sous-lignages. C'est le cas pour le variant Omicron, et à ce jour, **trois sous-lignages d'Omicron ont été définis : BA.1, BA.2 et BA.3⁸**.

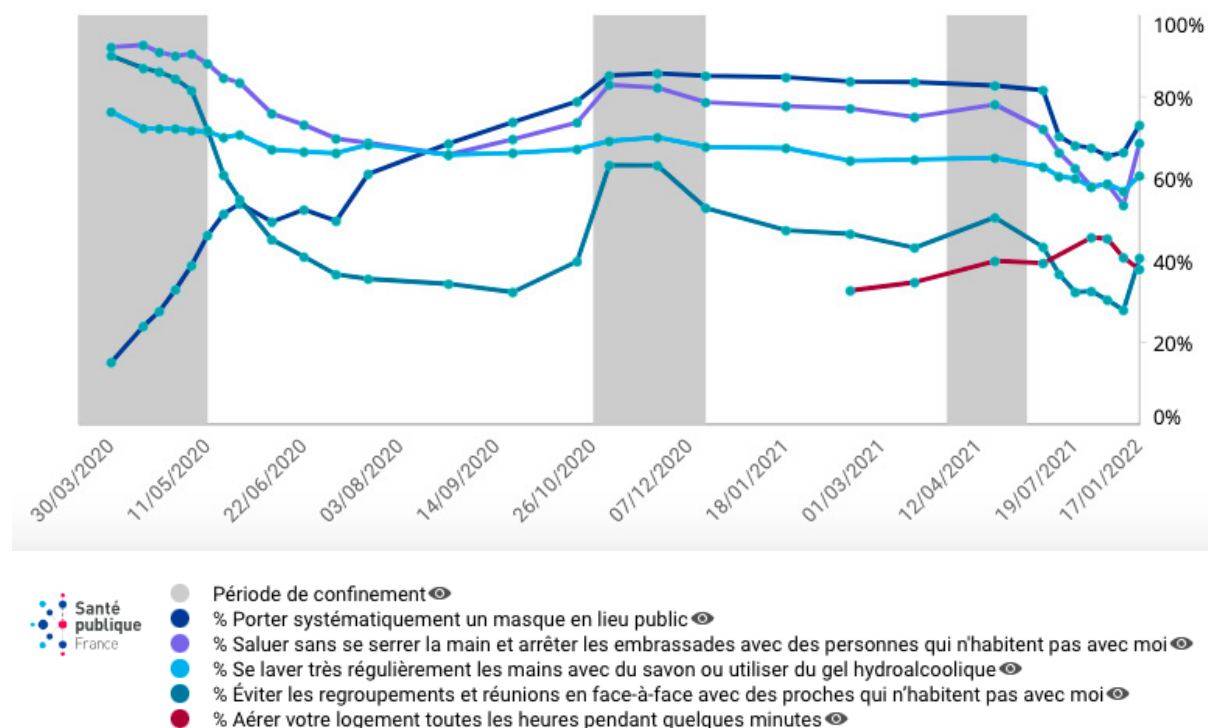
Tous les nouveaux sous-lignages d'Omicron qui apparaissent sont suivis en France par Santé publique France, qui s'intéresse plus spécifiquement à ceux qui pourraient montrer des caractéristiques différentes en termes de transmissibilité, d'échappement à la réponse immunitaire et de sévérité.

Ainsi, le sous-lignage BA.2 a été défini le 1er décembre 2021 et décrit le 15 décembre 2021 et le 5 janvier 2022 derniers dans les analyses de risque relatifs aux variants, réalisées conjointement avec le Centre National de Référence Virus des infections respiratoires. Ces analyses de risque incluent, entre autres, la liste des mutations qui diffèrent entre BA.1 et BA.2.

À ce jour, d'après les résultats de séquençage, il y a des détections de BA.2 en France, mais à des niveaux très faibles. Des cas ponctuels répartis sur différentes régions ont été détectés par séquençage sur les deux dernières semaines de décembre 2021 et les deux premières semaines de cette année.

Cette détection de BA.2 à des niveaux faibles est partagée par de nombreux pays d'Europe. Cependant, au Danemark, on observe un remplacement progressif de BA.1 par BA.2. Les autorités danoises suivent de près ce phénomène. Des études sont ainsi en cours pour comparer les propriétés de BA.1 et BA.2 et évaluer si le remplacement du premier sous-lignage par le second serait dû à des caractéristiques différentes, en particulier en termes de transmissibilité, d'échappement à la réponse immunitaire et de sévérité.

⁸ Santé publique France. Coronavirus : circulation des variants du SARS-CoV-2 [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-circulation-des-variants-du-sars-cov-2>

Annexe 4. Adhésion de la population aux mesures de prévention⁹

⁹ Santé publique France. Comment évolue l'adhésion des Français aux mesures de prévention contre la Covid-19 ? Résultats de la vague 31 de l'enquête CoviPrev [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-l-adhesion-des-francais-aux-mesures-de-prevention-contre-la-covid-19-resultats-de-la-vague-31-de-l-enquete-coviprev>

Annexe 5. Le plan stratégique actuellement en vigueur en milieu scolaire

		COVID-19			
		ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022			
		PROTOCOLE ET CADRE DE FONCTIONNEMENT			
		Le passage d'un scénario à un autre est arrêté en fonction du contexte sanitaire général apprécié par territoire et au vu de l'avis des autorités de santé.			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Doctrine d'accueil		<ul style="list-style-type: none"> • Cours en présentiel en école primaire • Cours en présentiel au collège • Cours en présentiel au lycée 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en présentiel en école primaire • Cours en présentiel au collège • Cours en présentiel au lycée 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en présentiel en école primaire • Cours en présentiel au collège • Hybridation au lycée selon le contexte local 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en présentiel en école primaire • Hybridation pour les élèves de 4^e et 3^e avec jauge à 50 % • Hybridation au lycée avec jauge à 50 %
Protocole sanitaire		<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des mesures renforcées d'aération et lavage des mains • Port du masque obligatoire en intérieur pour tous les personnels ainsi que pour les élèves à compter du collège (droit commun en extérieur) • Limitation des regroupements importants • Désinfection des surfaces fréquemment touchées une fois par jour et des tables du réfectoire après chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des mesures renforcées d'aération et lavage des mains • Port du masque obligatoire en intérieur pour tous les personnels ainsi que pour les élèves à compter de l'école élémentaire (droit commun en extérieur) • Limitation du brassage par niveau obligatoire • Désinfection des surfaces les plus fréquemment touchées plusieurs fois par jour et des tables du réfectoire après chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des mesures renforcées d'aération et lavage des mains • Port du masque obligatoire en intérieur et en extérieur pour tous les personnels ainsi que pour les élèves à compter de l'école élémentaire • Limitation du brassage par niveau obligatoire et par classe pendant la restauration dans le 1^{er} degré • Désinfection des tables, des surfaces les plus fréquemment touchées plusieurs fois par jour et des tables du réfectoire, si possible, après chaque repas 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des mesures renforcées d'aération et lavage des mains • Port du masque obligatoire en intérieur et en extérieur pour tous les personnels ainsi que pour les élèves à compter de l'école élémentaire • Limitation du brassage par niveau obligatoire et par classe pendant la restauration dans le 1^{er} degré • Désinfection des tables, des surfaces les plus fréquemment touchées plusieurs fois par jour et des tables du réfectoire, si possible, après chaque repas
Activités physiques et sportives		<ul style="list-style-type: none"> • Pas de restriction à l'exercice des activités physiques et sportives (APS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités physiques et sportives autorisées en extérieur ainsi qu'en intérieur. En intérieur, absence de sports de contact et distanciation adaptée selon la pratique sportive 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités physiques et sportives autorisées en extérieur ainsi qu'en intérieur pour les activités de basse intensité compatible avec le port du masque et les règles de distanciation 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités physiques et sportives autorisées uniquement en extérieur et dans le respect d'une distanciation de 2 mètres
Protocole de contact-tracing		<p>Dans les écoles, après un cas confirmé : Poursuite des apprentissages en présence pour les élèves si les autotests faits à J+0, J+2 et J+4 sont négatifs. Les élèves qui ne réalisent pas d'autotests sont isolés 7 jours et poursuivent leurs apprentissages à distance.</p> <p>Dans les collèges et lycées, après un cas confirmé : Les élèves de moins de 12 ans et les élèves âgés de 12 ans et plus identifiés contacts à risque justifiant d'une vaccination complète poursuivent les cours en présentiel si les autotests faits à J+0, J+2 et J+4 sont négatifs. Les élèves âgés de 12 ans et plus identifiés contacts à risque et ne présentant pas une vaccination complète poursuivent pendant 7 jours les apprentissages à distance et réalisent un test antigénique ou PCR à l'issue de l'isolement.</p>			

11 janvier 2022



EDUCATION.GOUV.FR/INFO-CORONAVIRUS

Avis produit

Le 11 février 2022

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr