Haut Conseil de la santé publique

AVIS

Avis sur la reprise de l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid-19 et mesures barrières spécifiques

(en complément de l'avis du HCSP du 20 avril 2020)

19 juin 2020

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) par courriel reçu le 16 juin 2020.

Dans le cadre de l'évolution du niveau de circulation du virus SARS-CoV-2 et de la reprise progressive de l'activité en France, notamment en phase 3 du déconfinement, la DGS souhaite solliciter l'avis du HCSP sur la progression des connaissances relatives aux risques de transmission du virus afin d'actualiser les recommandations sanitaires concernant les personnes à risque de forme grave de Covid-19.

La DGS souhaite disposer d'une actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 du 31 mars 2020 [1] en particulier des éléments suivants :

- La possibilité de reprendre une activité professionnelle lorsque le télétravail n'est pas possible et que l'organisation du travail ne permet pas à tout moment une distance physique d'au moins un mètre ;
- La possibilité d'une reprise du travail en présentiel, y compris lorsque le télétravail est possible ;
- Les gestes barrières applicables, complétées par le port du masque ;
- Les recommandations spécifiques aux soignants à risque de formes graves de Covid-19.

Afin de répondre à cette saisine, le sous-groupe du groupe de travail permanent « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » co-présidé par les Professeurs Christian Chidiac et Didier Lepelletier et composé d'experts du HCSP (Annexe 2) a été mobilisé dans un délai très contraint compte tenu de la date de réponse attendue.

Contexte

Dans le cadre de l'évolution du niveau de circulation du virus SARS-CoV-2 et de la reprise progressive de l'activité en France, notamment en phase 3 du déconfinement, cet avis complémentaire a tenu compte de la progression des connaissances relatives aux risques de transmission du virus SARS-CoV-2 et à l'évolution des mesures barrières dans la population générale. Depuis quelques semaines, la situation épidémiologique en France a favorablement

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification

évolué grâce aux mesures prises depuis mars 2020. Les données disponibles aujourd'hui permettent de lever progressivement les mesures collectives de prévention.

Néanmoins, la vigilance reste de mise car le virus continue de circuler même si les moyens actuels mis en œuvre pour le « contact tracing » permettent de limiter la diffusion du virus à partir des clusters.

Par ailleurs, au niveau international la pandémie est encore loin d'être maîtrisée. En effet, dans certains pays l'épidémie est encore très active (Amérique latine, Inde, États-Unis…), et dans d'autres un risque de reprise (Chine) ou de seconde vague est rapporté (Iran, Corée du sud…).

Les informations actualisées relatives à la situation internationale sont accessibles par les liens suivants :

- Organisation mondiale de la santé. Rapports de situation Covid-19 disponibles à l'adresse suivante : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/
- Centre européen de contrôle des maladies (ECDC). Situation Covid-19 mise à jour au niveau mondial, disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases"

La situation française est mise à jour sur le site dédié de Santé publique France (SpF) :

https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde

Le HCSP a pris en compte les éléments suivants

1. Les modalités de transmission du SARS-CoV-2

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

- transmission directe par émission de gouttelettes lors d'effort de toux ou d'éternuement par une personne infectée, symptomatique ou non, à une personne présente à courte distance, avec risque de contamination via les voies aériennes supérieures principalement ;
- transmission indirecte (manuportée) par contacts avec la bouche, le nez, ou exceptionnellement les yeux.

La transmission des maladies infectieuses par voie aérienne implique principalement la toux et les éternuements qui conduisent à l'émission de gouttelettes, certaines visibles à l'œil nu, d'autres non. On a montré par ailleurs que la parole normale produit également de grandes quantités de particules, trop petites pour être visibles à l'œil nu, mais assez grandes pour transporter une variété d'agents infectieux transmissibles [1].

La présence de virus (coronavirus, virus de la grippe et rhinovirus) dans les exhalaisons a été détectée par Leung et al. (2020) dans les particules collectées de diamètres supérieurs et inférieurs à 5 µm et ces auteurs ont montré que le port d'un masque chirurgical réduit la quantité de virus détecté dans les échantillons collectés [2].

En absence de port de masque, les gouttelettes les plus volumineuses vont suivre des trajectoires balistiques et se déposer sur les surfaces à proximité immédiate de l'émetteur, tandis que celles de diamètre plus faible se mélangent à l'air ambiant, ce qui provoque l'évaporation rapide de l'eau et laisse en suspension un résidu sec formé des éléments non volatils présents dans la gouttelette initiale. La taille des résidus secs mis en suspension est donc très dépendante de la composition initiale des mucus ou de la salive émis [1] ; un diamètre aérodynamique géométrique moyen mesuré est compris entre 0,7 µm et 1,25 µm pour les résidus émis en respirant ou en parlant [1].

La possibilité d'une transmission à distance (plusieurs mètres) via ces fines particules a fait l'objet de nombreux débats [3], mais, bien qu'elle soit possible en termes d'aérobiologie, elle n'a fait l'objet d'aucune démonstration épidémiologique pour le SARS-CoV-2, à part dans des circonstances très particulières comme un rassemblement de chant choral dans l'état de Washington [4].

La transmission par les surfaces est également une voie probable de contamination, car le virus peut persister et rester infectant plusieurs heures [5–7].

2. La liste des personnes à risque de Covid-19 grave (avis du HCSP des 31 mars 2020 et 20 avril 2020)

- Selon les données de la littérature

  - personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
  - les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;

- les diabétiques*, non équilibrés ou présentant des complications ;
- les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
- les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm^{-2}) ;

* compte tenu de l'expérience de terrain des réanimateurs auditionnés (données non publiées)

- En raison d'un risque présumé de COVID-19 grave
  - les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
    - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
    - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm3 ;
    - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
    - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
  - les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
  - les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
  - les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

Cette liste sera actualisée en fonction des données de la littérature (se référer aux avis actualisés du HCSP).

3. Le cadre réglementaire actuel des arrêts de travail pour les personnes à risque de forme grave de Covid-19

Les personnes à l'état de santé jugé fragile, au titre des pathologies à risque de forme grave de Covid-19 listées par le Haut Conseil de la santé publique, dans ses avis du 31/3/2020 et 20/04/2020) et intégrées dans le Décret n° 2020-521 du 5 mai 2020 (définissant les critères permettant d'identifier les salariés vulnérables présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 et pouvant être placés en activité partielle au titre de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020), peuvent bénéficier d'un arrêt de travail.

Cet arrêt de travail permet de les protéger du risque de forme grave de Covid-19.

Il peut être délivré par le médecin traitant, ou à défaut, par un autre spécialiste. La personne concernée par une des pathologies ou situations listées dans le décret n° 2020-521 du 5 mai 2020 doit donc prendre contact avec son médecin.

Ce médecin peut aussi délivrer un certificat d'isolement, que le salarié utilise auprès de son employeur aux fins de placement en activité partielle.

Depuis le 11 mai 2020, le médecin du travail peut aussi établir une déclaration d'interruption de travail sur papier libre [a].

Le médecin transmet la déclaration d'interruption de travail sans délai au salarié.

Le salarié l'adresse sans délai à l'employeur aux fins de placement en activité partielle.

Pour rappel, s'agissant des femmes enceintes, l'article L1225-7 du code du travail précise que :

« la salariée enceinte peut être affectée temporairement dans un autre emploi, à son initiative ou à celle de l'employeur, si son état de santé médicalement constaté l'exige.

En cas de désaccord entre l'employeur et la salariée ou lorsque le changement intervient à l'initiative de l'employeur, seul le médecin du travail peut établir la nécessité médicale du changement d'emploi et l'aptitude de la salariée à occuper le nouvel emploi envisagé.

L'affectation dans un autre établissement est subordonnée à l'accord de l'intéressée.

L'affectation temporaire ne peut excéder la durée de la grossesse et prend fin dès que l'état de santé de la femme lui permet de retrouver son emploi initial.

Le changement d'affectation n'entraîne aucune diminution de rémunération ».

4. Les gestes barrières applicables aux personnes à risque de forme grave

La doctrine sanitaire du HCSP en matière de lutte contre la pandémie de Covid-19 en phase de déconfinement repose sur la déclinaison de mesures non pharmaceutiques dans l'attente de la disponibilité d'un vaccin efficace ou de traitements spécifiques (Cf. avis du HCSP du 24 avril 2020).

Ces règles d'hygiène et de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 sont évolutives et adaptatives au fur et à mesure que ce virus est mieux étudié et compris. Elles ont pour objectif de protéger le système de santé (possibilité de prendre en charge les patients atteints de Covid-19 nécessitant une hospitalisation, notamment en réanimation), les professionnels et de limiter au maximum la transmission interindividuelle dans la population dans cette phase de déconfinement. Elles doivent être enseignées ou rappelées à la population et aux professionnels dans la durée.

Cette doctrine sanitaire repose sur l'application rigoureuse de trois mesures principales :

4.1 La distanciation sociale ou physique complémentaire du confinement ou déconfinement)

Celle-ci doit permettre à tout individu d'être à une distance d'au moins 1 mètre de tout autre individu, sauf situation particulière où cette distance peut être supérieure (pratique du sport, etc.).

- La distance d'au moins 1 mètre promue en France depuis des années correspond à une distance de sécurité minimale, étroitement dépendante de caractéristiques

[a] Décret n° 2020-549 du 11 mai 2020 fixant les conditions temporaires de prescription et de renouvellement des arrêts de travail par le médecin du travail

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041865522&dateTexte=20200608

biologiques, climatiques et comportementales. Elle se doit d'être respectée pour les personnes à risque de forme grave. Dans le contexte de la pandémie Covid-19 et de la promotion des gestes et mesures barrières, cette distance d'au moins 1 mètre a été intégrée par la population et semble appliquée dans de nombreux lieux de regroupement.

- En règle générale et lorsque le site le permet, un espace libre de 4m² autour d'une personne est recommandé.

4.2 Les gestes barrières.

Il s'agit d'un un ensemble de gestes et d'attitudes individuelles permettant de réduire le risque de transmission d'un virus à tropisme respiratoire entre deux personnes dans la population (ne pas se serrer la main, ne pas s'embrasser, tousser dans son coude ou dans un mouchoir jetable, etc.).

4.3 L'hygiène des mains (HDM)

L'HDM fait référence au lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou à une FHA avec un produit contenant au moins 60% d'alcool selon la norme NF EN 14 476 + A2 (2019). Elle doit être scrupuleusement respectée. L'HDM est la mesure d'hygiène la plus efficace pour prévenir la transmission croisée des virus comme le SARS-CoV-2. Compte tenu des modes de transmission du SARS-CoV-2 (directe par gouttelettes ou indirecte par les mains), l'HDM doit être réalisée fréquemment dans tous les milieux communautaires (domicile, écoles, lieux de travail, etc.).

4.4 Le port de masque.

Pour la population générale, le port d'un masque grand public est conseillé. Un masque grand public est un masque ayant démontré une efficacité de filtration d'au moins 70% pour des particules de 3 microns émises pour la personne portant le masque. Ces masques doivent répondre aux spécifications de l'AFNOR Spec S76-001 ou normes équivalentes (Ref. Guide du HCSP 24 avril 2020), qui prend en compte des critères de performance de filtration, de « respirabilité » (pendant une durée maximale de 4h) et de forme.

Pour les masques à usage médical de type II, l'efficacité de filtration bactérienne mesurée sur le matériau du masque doit être supérieure à 98 %, dans le sens de l'expiration, pour des particules de 3 μm. Toutefois, cette efficacité ne prend pas en compte les fuites au niveau du visage.

Expérimentalement, le port d'un masque à usage médical permet de réduire d'un facteur 3 le nombre de particules sub-microniques inhalées par le porteur, mais 40 % de ce qui pénètre dans le masque passe par les côtés du masque [8]. Cette fraction est probablement moindre quand le masque chirurgical est bien adapté au visage.

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

In fine, la réalité de la protection offerte par les masques chirurgicaux ou de protection respiratoire, notamment FFP2, dépend en fait de nombreux autres facteurs que les caractéristiques filtrantes intrinsèques des masques, telles que la durée effective du port, ou de l'absence de port du masque, l'adaptation au visage, le port de barbe ou la fréquence ventilatoire [9].

Ceci explique que, en pratique clinique, les masques de protection respiratoire, notamment FFP2, ne semblent pas réduire significativement plus le risque de grippe chez les personnels de soins que des masques chirurgicaux [10,11].

Ainsi :

- Les masques doivent être portés systématiquement par tous dès lors que les règles de distanciation physique ne peuvent être garanties. Le double port du masque (par les 2 personnes possiblement en contact) garantit en effet une protection efficace, toutefois les personnes à risque de forme grave doivent porter un masque à usage médical.
- Ces masques doivent être ajustés et couvrir la bouche et le nez.
- Les mains ne doivent pas toucher le masque quand il est porté.
- Le sens dans lequel il est porté doit être impérativement respecté : la bouche et le nez ne doivent jamais être en contact avec la face externe du masque. Une HDM est impérative après avoir retiré le masque.
- Le masque à usage médical doit être changé au moins toutes les 4 heures, et avant s'il est souillé ou humide
- Le port du masque ne dispense pas du respect, dans la mesure du possible, de la distanciation sociale et dans tous les cas de l'HDM.

Bien que les personnes à risque de forme grave de Covid-19 ne soient pas plus à risque de se contaminer en présence d'une personne excrétrice du SARS-CoV-2, symptomatique ou non, la probabilité que les conséquences de cette infection soient plus graves est réelle. Ainsi, le niveau de filtration offert par les masques grand public paraît moins élevé que celui d'un masque à usage médical, pour réduire le risque de contamination. Ce masque à usage médical, norme EN 14683 permettrait d'apporter un niveau de protection supplémentaire.

5. Les recommandations s'appliquant aux soignants à risque de forme grave de Covid-19 (avis du HCSP du 31 mars 2020 et du 20 avril 2020) :

- Pour les soignants en situation de risque de forme grave de Covid-19, du fait de leur état de santé, le HCSP recommande :

  - Qu'ils appliquent scrupuleusement les mesures barrières dont la distanciation physique décrites au paragraphe 4 :

    - Hygiène des mains renforcée ;
    - Port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance/acceptabilité, d'intégrité et de changement/manipulation.

  - Qu'ils se déclarent à leur service de santé au travail, afin d'évaluer en fonction de leur situation de santé, l'indication de les exclure des services à risque de forte exposition au SARS-CoV-2 (Service de réanimation, d'urgence, d'infectiologie…) ou d'aménager leur poste de travail ;

  - Qu'ils évitent les contacts avec les personnes ayant une suspicion ou un diagnostic de Covid-19.

6. Les risques liés à la reprise d'une activité professionnelle

Les risques dus à la reprise d'une activité professionnelle sont liés à la possibilité d'être en contact avec une personne excrétant le SARS-CoV-2 sur le lieu de travail ou dans les transports.

S'agissant des transports, le HCSP a fait des préconisations dans son avis du 24 avril 2020. Elles restent d'actualité en dehors de deux éléments :

- La préconisation de condamner un siège sur deux en quinconce n'est plus appliquée dans les transports en commun de manière systématique depuis le 11 juin.
- Il était préconisé de porter un masque grand public, mais sans qu'une distinction n'ait été faite spécifiquement pour les personnes à risque de forme grave.

Concernant le lieu de travail, il est possible de considérer que le risque augmente avec le nombre de sujets potentiellement infectés et excréteurs dans le milieu de travail. Ce point n'est toutefois pas confirmé par les données de la littérature qui montrent que le risque dépend surtout de l'application des mesures barrières.

L'étude de la contamination des soignants est démonstrative à cet égard.
En effet, les soignants ont payé un lourd tribut au SARS-CoV-2 et plus de 3300 soignants ont été infectés en Chine [12]. Dans une revue de littérature, Chou *et al*. rapportaient des incidences chez les soignants variant entre 1,2% et 29,4% [13].

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

Le mode de contamination des soignants fait intervenir le contact avec les patients infectés, en cas d'application insuffisante des mesures d'hygiène, mais également les contacts extra-professionnels, au domicile ou dans la communauté [14].

Dans le suivi de l'épidémie de Wuhan, l'incidence de la maladie était plus élevée chez les soignants que dans la population générale, en particulier au début de l'épidémie, avant la mise en place des mesures de protection adaptées [15].

En outre, une étude de dépistage sur 400 professionnels asymptomatiques d'un hôpital de Londres a montré que l'incidence des contaminations dépendait plus de l'évolution de l'épidémie en population générale que du nombre de patients admis, ce qui évoque un mode de contamination prioritairement communautaire [16]. Dans une étude menée à Wuhan, le risque relatif de contracter le Covid-19 était de 2,13 pour les soignants travaillant dans un service à haut risque par rapport à un service de médecine générale, mais il était de 2,76 en cas de présence au domicile d'un cas Covid-19 [16]. Ceci a été confirmé dans une étude récente en Belgique [17]. Ainsi, le risque pour un professionnel intervenant en établissement de santé ou en établissement social et médoco-social d'être infecté par le SARS-CoV-2 semble plus élevé lors d'un contact en milieu familial que dans le cadre de son exercice professionnel, probablement en raison du caractère plus prolongé du contage. Toutefois, les conséquences en termes de renfort des mesures barrières pour le soignant sont identiques, quelque soit la source potentielle du contact.

Les données concernant les cas de Covid-19 confirmés chez les professionnels de l'Assistance publique-hopitaux de paris (AP-HP) entre début mars et début mai 2020

[b] https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante

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

Enfin, les soignants peuvent se contaminer entre eux, à l'occasion des pauses notamment, et ce mode de transmission a été décrit comme prédominant pour d'autres pathologies à transmission respiratoire comme prédominant [18,19].

Ainsi, le risque en milieu professionnel, même pour les professions exposant au contact avec le public ou les malades, peut être contrôlé par une application stricte des mesures barrières.

Recommandations

En préambule, le HCSP rappelle que les risques de contamination des personnes à risque de forme grave de Covid-19 sont liés aux contacts physiques proches avec des personnes infectées par le SARS-CoV-2, symptomatiques ou non, en l'absence de mesures de protection adéquates.

Le risque d'être exposé au SARS-CoV-2 n'est pas supérieur en milieu professionnel que le risque encouru en population générale.
Cette exposition peut survenir lors des activités privées (rassemblement familial, courses …), mais également dans le cadre de l'activité professionnelle et dans les transports en commun, en particulier lorsque les mesures barrières ne sont pas appliquées correctement par tous, ce qui semble de plus en plus fréquent, en particulier s'agissant du port du masque, et alors que le virus continue de circuler dans la population.
Les masques « grand public » offrent une protection satisfaisante, en particulier s'ils sont portés par tous (limitation de la contamination de l'environnement et réduction de l'inoculum éventuellement inhalé) mais la protection du porteur du masque est mieux assurée par le port d'un masque à usage médical.
La reprise d'une activité professionnelle pour les personnes à risque de forme grave, en l'état actuel de l'épidémiologie, est envisageable sous réserve du respect strict des mesures barrières, comprenant le port d'un masque à usage médical, le renforcement de l'hygiène des mains et le respect de la distanciation physique.
L'employeur a la responsabilité de l'aménagement des postes de travail et de la réduction des risques pour ses salariés.
Le médecin du travail doit apprécier la compatibilité des mesures mises en place en milieu professionnel au vu des comorbidités du salarié et proposer, si besoin, un aménagement du poste ou une éviction professionnelle.

Le HCSP recommande

Concernant la possibilité de reprendre une activité professionnelle lorsque le télétravail n'est pas possible et que l'organisation du travail ne permet pas à tout moment une distance physique d'au moins un mètre

- Le risque d'être exposé, en l'état actuel de l'épidémie, ne parait pas plus important en milieu professionnel qu'en population générale sous réserve de l'application correcte des mesures barrières ;
- Les personnes à risque de forme grave de Covid-19 peuvent reprendre une activité professionnelle sous réserve que leur soit donnée la possibilité de mettre en œuvre les mesures barrières renforcées
    - hygiène des mains renforcée ;
    - respect strict de la distanciation physique ;
    - port d'un masque à usage médical ;
- Les personnes à risque de forme grave de Covid-19 doivent porter un masque à usage médical dans les transports collectifs et respecter les règles de distanciation physique ;
- Le médecin du travail apprécie la compatibilité de l'aménagement du poste de travail et des mesures de protection avec l'état de santé de la personne à risque de forme grave de Covid-19 et peut prononcer une éviction professionnelle si les conditions d'une reprise du travail en sécurité ne sont pas remplies.

Concernant la possibilité d'une reprise du travail en présentiel d'une personne à risque de forme grave de Covid-19, y compris lorsque le télétravail est possible ;

- Le télétravail doit être privilégié chaque fois que possible, dans le respect des règles de bonne pratique et de la règlementation en vigueur ;
- Si le télétravail est refusé et si un maintien en présentiel de l'activité du travailleur est demandé par l'employeur, ce maintien ne peut être envisagé que lorsque les conditions de travail le permettent :
    - poste de travail isolé (bureau seul ou respect de la distanciation physique)
    - ou aménagement du poste de travail pour limiter au maximum le risque (horaires, mise en place de protection …)
    - application des consignes habituelles (mesures barrières, distanciation physique, etc.).

Concernant les gestes barrières applicables pour les personnes à risque de formes graves de Covid-19, en particulier concernant le port du masque

- Les gestes barrières applicables sont l'HDM renforcée, le respect de la distanciation physique et le port systématique d'un masque à usage médical lorsque la distanciation physique ne peut être respectée,
- Le masque à usage médical doit être changé au moins toutes les 4 heures, et avant ce délai s'il est souillé ou humide,
- Le poste de travail ne doit pas être partagé dans la mesure du possible,
- Le poste de travail (surfaces touchées par la personne) doit être nettoyé et désinfecté au moins en début et en fin de poste, en particulier lorsque ce poste est partagé, avec les produits de nettoyage/désinfection habituels. Pour la désinfection, la plupart des désinfectants ménagers courants sont efficaces s'ils respectent la norme de virucidie pour les virus enveloppés (NF EN 14476 + A2 : 2019). Il convient de suivre les instructions du fabricant pour tous les produits de nettoyage et de désinfection (ex. la concentration, la méthode d'application, et le temps de contact, etc.).

Concernant les recommandations spécifiques aux soignants à risque de forme grave de Covid-19.

Pour ces soignants, le HCSP recommande :

- Qu'ils appliquent les mesures barrières décrites ci-dessus ;
- Qu'ils se déclarent à leur service de santé au travail, afin d'évaluer en fonction de leur situation de santé, les possibilités d'aménagement de leur poste de travail
- Qu'ils ne soient pas affectés dans des unités Covid
- Qu'ils évitent les contacts avec les personnes ayant une suspicion ou un diagnostic de Covid-19 ;

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

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres du Haut Conseil de la santé publique.
Validé le 19 juin 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique

Références

1 Asadi S, Wexler AS, Cappa CD, *et al.* Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Sci Rep* 2019;**9**:1–10. doi:10.1038/s41598-019-38808-z

2 Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, *et al.* Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med* Published Online First: 3 April 2020. doi:10/ggqtgj

3 Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environ Int* 2020;**139**:105730. doi:10.1016/j.envint.2020.105730

4 Borak J. Airborne Transmission of COVID-19. *Occupational Medicine* 2020;:kqaa080. doi:10.1093/occmed/kqaa080

5 Kampf G, Todt D, Pfaender S, *et al.* Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* Published Online First: 6 February 2020. doi:10/ggm86h

6 van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med* 2020;**382**:1564–7. doi:10.1056/NEJMc2004973

7 Chia PY, Coleman KK, Tan YK, *et al.* Detection of air and surface contamination by SARS-CoV-2 in hospital rooms of infected patients. *Nature Communications* 2020;**11**:2800. doi:10.1038/s41467-020-16670-2

8 Derrick JL, Li PTY, Tang SPY, *et al.* Protecting staff against airborne viral particles: in vivo efficiency of laser masks. *J Hosp Infect* 2006;**64**:278–81. doi:10/crv2xw

9 Lindsley WG, King WP, Thewlis RE, *et al.* Dispersion and exposure to a cough-generated aerosol in a simulated medical examination room. *J Occup Environ Hyg* 2012;**9**:681–90. doi:10/ggrbgd

10 Loeb M, Dafoe N, Mahony J, *et al.* Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA* 2009;**302**:1865–71. doi:10.1001/jama.2009.1466

11 Radonovich LJ, Simberkoff MS, Bessesen MT, *et al.* N95 Respirators vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019;**322**:824–33. doi:10/ggjgm3

12 Wang J, Zhou M, Liu F. Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *Journal of Hospital Infection* 2020;**0**. doi:10/ggnn2d

13 Chou R, Dana T, Buckley DI, *et al.* Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med* Published Online First: 5 May 2020. doi:10.7326/M20-1632

14 CDC COVID-19 Response Team. Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 - United States, February 12-April 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;**69**:477–81. doi:10.15585/mmwr.mm6915e6

15 Pan A, Liu L, Wang C, *et al.* Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA* 2020;**323**:1915. doi:10.1001/jama.2020.6130

16 Treibel TA, Manisty C, Burton M, *et al.* COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. *The Lancet* 2020;:S0140673620311004. doi:10.1016/S0140-6736(20)31100-4

17 Steensels D, Oris E, Coninx L, *et al.* Hospital-Wide SARS-CoV-2 Antibody Screening in 3056 Staff in a Tertiary Center in Belgium. *JAMA* Published Online First: 15 June 2020. doi:10.1001/jama.2020.11160

18 Gehanno JF, Pestel-Caron M, Nouvellon M, *et al.* Nosocomial pertussis in healthcare workers from a pediatric emergency unit in France. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;**20**:549–52. doi:10.1086/501667

19 Pascual FB, McCall CL, McMurtray A, *et al.* Outbreak of pertussis among healthcare workers in a hospital surgical unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006;**27**:546–52. doi:10.1086/506232

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé

De : SALOMON, Jérôme (DGS) **Envoyé :** mardi 16 juin 2020 14:58 **À :** CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP) **Objet :** saisine **Importance :** Haute

Monsieur le Président, Cher Franck,

Dans le cadre de l'évolution du niveau de circulation du virus et de la reprise progressive de l'activité en France, notamment en phase 3 du déconfinement, nous souhaiterions solliciter votre avis sur la progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 afin d'actualiser les recommandations sanitaires concernant les personnes à risque de forme grave de Covid-19.

Par conséquent, en complément de votre avis du 20 avril relatif aux « Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics », pourriez-vous formuler des préconisations sur les sujets suivants, afin de faire évoluer les recommandations concernant l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid-19 :

- La possibilité de reprendre une activité professionnelle lorsque le télétravail n'est pas possible et que l'organisation du travail ne permet pas à tout moment une distance physique d'au moins un mètre (NB : Dans un récent avis sur les crèches, vous avez autorisé ces personnes à revenir travailler, en portant un masque chirurgical) ;
- La possibilité d'une reprise du travail en présentiel, y compris lorsque le télétravail est possible ;
- Les gestes barrières applicables, en particulier concernant le port du masque ;
- Les recommandations spécifiques aux soignants à risque de formes graves de Covid-19.

Mes services se tiennent à votre disposition pour vous apporter tous les compléments que vous jugerez utiles.

Je souhaite recevoir vos préconisations pour le 19 juin 2020 après-midi.
Amitiés
Jérôme

Professeur Jérôme SALOMON
Directeur général de la Santé. PARIS 07 SP, **FRANCE**
www.solidarites-sante.gouv.fr

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Céline, CAZORLA, HCSP, Cs MIME

Christian CHIDIAC, HCSP, Cs MIME, Co-pilote du groupe

Emmanuel DEBOST, HCSP, Cs MIME

Jean François GEHANNO, HCSP, Cs MIME, pilote du groupe de travail

Didier LEPELLETIER, HCSP, Cs 3SP

Sophie MATHERON, HCSP, Cs MIME

Henri PARTOUCHE, HCSP, Cs MIME

SG HCSP

Sylvie FLOREANI

Avis produit le

Le 19 juin 2020

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr