

Covid-19

Mise à jour de la fiche
03/2022

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :

SARS-CoV-2

Type d'agent _____ Virus

Groupe(s) de classement _____ ■ 3

Descriptif de l'agent :

Virus à ARN linéaire non segmenté et enveloppé de la famille des *Coronaviridae*, du genre *Betacoronavirus*. De très nombreux coronavirus peuvent infecter les animaux. Chez l'homme, six espèces de coronavirus (CoV) étaient connues avant 2020 : les HCoV saisonniers, le SRAS-CoV et le MERS-CoV. Le septième : SARS-CoV-2, a émergé dans l'espèce humaine au cours du dernier trimestre de 2019 en Chine. Leur enveloppe porte à sa surface des protéines de surface S (*spike*) disposées en forme de couronne, d'où le préfixe « corona » (1).

La souche historique du SARS-CoV-2 de Wuhan a maintenant quasiment disparue, supplantée successivement par différents variants. Les derniers variants apparus en France sont le variant Delta, plus contagieux (émergé en Inde), devenu majoritaire au niveau du globe, lui-même remplacé depuis fin 2021 par le variant Omicron (sous-lignage BA.1), encore plus transmissible (émergé en Afrique australe). Ce dernier a démontré un avantage compétitif sur Delta du fait d'une transmissibilité élevée mais surtout d'un échappement plus important à la réponse immunitaire. Depuis fin février 2022, le sous-lignage BA.2 d'Omicron est devenu à son tour majoritaire (2).

Réservoir et principales sources d'infection

Type de réservoir _____ ■ Animal
■ Homme

Le réservoir initial du virus est probablement animal. Même si le SARS-CoV-2 est très proche d'un virus détecté chez une chauve-souris, l'animal à l'origine de la transmission à l'homme n'a pas encore été identifié. L'hypothèse du pangolin, petit mammifère, comme hôte intermédiaire entre la chauve-souris et l'homme, n'a pas été confirmée.

L'homme est également un réservoir avec un nombre important de transmissions interhumaines.

Par ailleurs, plusieurs espèces de mammifères peuvent être infectées par le SARS-CoV-2, soit à la suite d'un contact rapproché avec des humains ou des animaux infectés, soit lors d'études expérimentales réalisées au laboratoire : les singes, les félinés (chats, tigres), les lapins, les chiens, les furets. À ce jour, les visons sont les seuls animaux avec une possible transmission à l'homme (3).

Principale(s) source(s) :

Sécrétions des voies aériennes. Le virus peut être détecté dans les selles et plus rarement également dans le sang ou les urines.

Vecteur :

Pas de vecteur

Viabilité et infectiosité

Viabilité, résistance physico-chimique :

Le SARS-CoV-2 peut persister dans l'environnement (surfaces notamment) de quelques heures à quelques jours en fonction du type de support, de l'humidité, de la température, de la charge virale initiale, d'une exposition aux UV et des conditions de l'étude (conditions expérimentales ou autour des malades) (4).

Les coronavirus humains peuvent être efficacement inactivés par des procédures de désinfection des surfaces avec des solutions titrant 62-71 % d'éthanol, 0,5 % de peroxyde d'hydrogène ou 0,1 % d'hypochlorite de sodium avec un temps de contact de minimum 1 minute. Globalement, tous les produits virucides selon la norme NF EN 14476 sont efficaces sur le SARS-CoV-2 (5).

Infectiosité :

Dose infectante inconnue.

La probabilité d'infection dépend de la charge virale de la source, de la voie de transmission et de la réponse immunitaire de la personne exposée. Concernant la charge virale : lors d'un résultat de RT-PCR positif sur un prélèvement nasopharyngé correctement réalisé (voir rubrique diagnostic), on a pu établir une relation inversement proportionnelle entre le Ct (Cycle threshold ou cycle-seuil) qui correspond au nombre de cycles de PCR à partir duquel le signal fluorescent est détecté par le thermocycleur et la charge virale : ainsi une valeur de Ct > 33 correspond à un marqueur de faible infectiosité ; inversement, une valeur de Ct < 23 correspond à un marqueur de forte infectiosité (6).

Par ailleurs, l'infection peut être le résultat d'une brève exposition à une dose concentrée du virus ou d'une exposition prolongée ou répétée à une dose plus faible. L'exposition à une dose importante dépend à la fois de la durée et du type de contact avec la personne infectée (7). Les mutations qui facilitent l'entrée du virus dans les cellules hôtes ou qui accroissent la charge virale des personnes infectées peuvent réduire le temps nécessaire pour recevoir une dose infectieuse.

Données épidémiologiques

Population générale

Dans le monde, 424 971 978 cas de COVID-19 dont 5 898 291 décès ont été rapportés du 31/12/2019 au 15/02/2022.

Au 27 février 2022, le virus responsable du Covid-19 a infecté au moins 22 689 332 personnes en France et a provoqué 138 135 morts, selon les données de Santé Publique France. 100 % des séquences sont liées au variant Omicron (2).

Ces données sont très évolutives. Pour les dernières données actualisées consulter : **Santé Publique France**¹, **ECDC**².

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

² <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>

Milieu professionnel

De nombreuses études menées auprès des professionnels de santé exerçant en milieu hospitalier ont mis en évidence un risque accru d'exposition et d'infection au SARS-CoV-2 par rapport à la population générale pendant la première vague de l'épidémie. Le risque d'infection ne diffère pas significativement entre les différents services d'un hôpital, dès lors que les mesures de protection sont appliquées et il est difficile d'identifier les circonstances de contamination des professionnels de santé (8).

En France, du 1^{er} mars 2020 au 22 février 2022, 121 038 cas d'infections par le SARS-CoV-2 ont été déclarés à Santé Publique France chez des professionnels des établissements de santé, correspondant à 12,1 % des professionnels exerçant dans les établissements participants, avec 19 décès attribuables (9).

De mars 2020 à janvier 2022, 73 414 cas de Covid-19 nosocomiaux ont été recensés : 46 078 patients avec 312 décès liés, 27 321 professionnels et 15 visiteurs. La part des professionnels diminue depuis début 2021 (32 % vs près de 40 %), probablement du fait de la vaccination. Les origines de transmission évoquées sont : patient non identifié (25 %), ruptures dans l'application des mesures barrières (21 %), entre professionnels au cours des pauses (8,6 %) et lors des soins (7,4 %). Lorsque les cas groupés ne concernent que des professionnels une contamination lors des pauses/transmissions correspond à un tiers des hypothèses évoquées (10).

En dehors du milieu de la santé et médico-social, quelques études permettent d'étayer le risque de contamination en milieu professionnel. Certains facteurs de risque peuvent être identifiés tels que des contacts réguliers avec des personnes (collègues, usagers, passagers des transports...), le mauvais respect des gestes barrière, en particulier la distanciation physique. Les revues de la littérature publiées considérant les clusters rapportés en milieu professionnel (en abattoirs par exemple) soulignent une intrication forte entre le milieu professionnel et les facteurs socio-économiques, en particulier pour des professionnels ayant des conditions précaires de travail, elles-mêmes souvent associées à des conditions de vie précaires (8).

Des cas ont été décrits chez des personnes travaillant dans des élevages de visons infectés (11).

En laboratoire :

Aucune donnée publiée pour le SARS-CoV-2 mais 4 cas décrits avec le SARS-CoV qui étaient tous attribuables à une mauvaise compréhension ou mise en œuvre des procédures de biosécurité (12).

Pathologie

Nom de la maladie

COVID-19

Synonyme(s) :

Pneumopathie à SARS-CoV-2

Transmission

Mode de transmission :

Principalement par l'intermédiaire des gouttelettes provenant des voies aériennes supérieures générées par la toux, les éternuements ou la parole d'un sujet infecté : nécessite le plus souvent un contact étroit, généralement à moins de 2 mètres. La transmission est aussi possible par aérosols, favorisée par les groupements de population dans des espaces clos, mal ventilés, ou par certaines situations (chant, toux, oxygénothérapie, manœuvres d'aspiration des voies aériennes...) (13).

Possible aussi par contact des muqueuses nasales, buccales et conjonctivales du visage avec des mains ou des objets fraîchement souillés par les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté.

La présence du virus est détectée dans le sang mais son caractère infectieux n'est pas avéré, même quand les charges virales sont élevées. En effet aucune transmission par le sang n'a été documentée. Quelques études ont confirmé la présence de virus infectieux dans les selles mais aucune n'a réussi à prouver de façon définitive la transmission par les selles (quelques exemples de cas avec une possible transmission fécale-orale ou par aérosols fécaux rapportés).

Le taux de reproduction de base (R0) de la souche historique était évalué entre 2,2 et 6,4. Cependant la transmissibilité du SARS-CoV-2 varie selon les variants (plus importante pour le Delta et surtout pour les sous-lignages d'Omicron).

Période de contagiosité :

48h avant le début des symptômes jusque J7 - J10 (J5 - J7 pour Omicron) après le début des symptômes.

La maladie

1

Incubation :

valuée à 5 jours en moyenne (de 2 à 14 jours).

Clinique :

1. Chez l'adulte, avec la souche historique, la Covid-19 se manifestait par une infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre, ou une des manifestations cliniques suivantes, de survenue brutale : asthénie inexpliquée, myalgies inexpliquées, céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue, anosmie ou hyposmie sans rhinite associée, agueusie ou dysgueusie.

- Cette phase d'invasion virale est suivie, chez certains patients, d'une réaction immunitaire inadaptée marquée par l'aggravation de la symptomatologie respiratoire et du syndrome inflammatoire, en général huit à dix jours après les premiers symptômes. Cette phase dysimmunitaire, parfois appelée orage cytokinique, se traduit par des troubles du rythme cardiaque, des atteintes myocardiques aiguës, un évènement thromboembolique grave... En cas d'infection par le variant Omicron, les données sont plutôt rassurantes, avec une baisse de l'incidence des formes graves, notamment celles nécessitant des soins de réanimation.
- Les formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques sont fréquentes.
- Les formes prolongées ou « COVID long » : au décours d'un épisode aigu, plus de 30 % des patients ont encore des symptômes à 1-2 mois et 15 % à 6-8 mois. Il peut s'agir de symptômes persistants ou de nouveaux symptômes. Si les plus fréquents sont une fatigue sévère, une dyspnée et des signes neurocognitifs, de nombreux autres organes peuvent être atteints (14).

2. Les symptômes et la gravité ont évolué avec les variants Omicron (cf tableau)

| | Variant Delta | Variant OMICRON |
|--|--|-----------------|
| Anosmie/agueusie | Trois fois moins fréquent pour Omicron par rapport à Delta | |
| Pharyngite | Deux fois plus fréquent pour Omicron par rapport à Delta | |
| Difficulté respiratoire | 91 % | 31 % |
| Oxygène-requérance | 74 % | 17,6 % |
| Probabilité de recourir aux urgences ou d'être hospitalisé | Risque divisé par 2 pour Omicron par rapport à Delta | |
| Probabilité d'être hospitalisé en soins critiques chez les patients consultants aux urgences | 25 % | 8 % |

D'après le diaporama COREB :

(<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/diaporamas.html>)

Diagnostic :

À la phase précoce :

- RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé (NP) est le test de référence. Également possible sur prélèvement salivaire en seconde intention si le prélèvement NP est difficile ou impossible à réaliser, mais moins fiable.
- Tests antigéniques sur prélèvement NP : un peu moins sensible.
- Autotest : test antigénique sur auto-prélèvement nasal : moins sensible car le prélèvement est de moins bonne qualité : en cas de positivité, doit être suivi dans les 24h d'un test RT-PCR pour confirmer ou infirmer l'infection.

Après 7 jours, au stade d'atteinte pulmonaire, il est préférable d'avoir recours à des prélèvements plus profonds (expectoration profonde obtenue par technique du crachat induit chez les patients non intubés, aspirations trachéales ou lavage broncho-alvéolaire (LBA) chez les patients en réanimation). Dans un certain nombre de cas, évalué à 30 % environ, l'ARN viral a été détecté dans les échantillons respiratoires profonds, alors que la RT-PCR était négative dans les prélèvements oro- ou naso-pharyngés.

Une sérologie (IgG et IgM) peut être demandée dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage selon les recommandations de la HAS.

Traitement :

15, 16

1. Traitement préventif :

- Pré-exposition : Anticorps monoclonaux chez les patients immunodéprimés non ou peu répondeurs à la vaccination : Evusheld® (Tixagevimab+ Cilgavimab) tous les 3 à 6 mois ;
- Post exposition : Evusheld® pour l'Omicron, Ronapreve® (casirivimab/imdevimab) uniquement si variant Delta.

2. Traitements curatifs :

- Traitements de support : paracétamol, oxygénothérapie, prophylaxie thrombo-embolique chez les patients à risque ou sous O₂ ; dans certains cas, antibiothérapie, corticothérapie (dexaméthasone si O₂ requérance) ;
- Antiviraux : Paxlovid® (nirmatrelvir/ritonavir) pour les adultes à risque de forme grave de Covid-19 à administrer dans les 5 premiers jours (utilisation anticipée par l'AME avant l'AMM) ;
- Anticorps monoclonaux : pour les personnes à risque de formes graves avec symptômes < 5 jours : autorisation d'accès précoce à Xevudy® (sotrovimab), Evusheld® et Ronapreve® uniquement si variant Delta) ;
- Traitements immunomodulateurs en milieu hospitalier (essais cliniques en cours).

Populations à risque particulier

Terrain à risque accru d'acquisition :

Immunodépression.

Terrain à risque accru de forme grave :

17, 18

Rôle majeur et prépondérant de l'âge dans la survenue de décès et de formes graves liés à la Covid-19 (risque de décès comparativement aux 18-49 ans, environ 3 fois plus élevé pour les 50-64 ans et 7 fois pour les 65-74 ans).

L'influence des comorbidités est également marquée et significative, mais apparaît moindre que celle de l'âge :

- Pathologies à très haut risque de décès (RR > 3 dans la majorité des études) :
 - Transplantés d'organes solides ; transplantés par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ;
 - Maladies rénales chroniques sévères, dont patients dialysés ;
 - Trisomie 21

- D'autres pathologies sont également à haut risque de décès (RR compris entre 1,5 et 3 dans la majorité des études) :
 - Diabète de types 1 et 2 ;
 - Obésité (IMC > 30 kg/m²), ce risque augmente avec l'IMC (IMC > 40 kg/m²) et pourrait être plus élevé chez les plus jeunes ;
 - Cancers et hémopathies malignes surtout si récent et/ou en progression et/ou sous chimiothérapie ;
 - BPCO et insuffisance respiratoire ;
 - Insuffisance cardiaque et hypertension artérielle compliquée ;
 - Antécédent d'accident vasculaire cérébral.
- Et également :
 - Maladies hépatiques chroniques, en particulier la cirrhose ;
 - Immunodépression congénitale ou acquise ;
 - Syndrome drépanocytaire majeur ou antécédent de splénectomie ;
 - Pathologies neurologiques : maladies du motoneurone, myasthénie grave, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, paralysie cérébrale, quadriplégie ou hémiparésie, tumeur maligne primitive cérébrale, maladie cérébelleuse progressive ;
 - Troubles psychiatriques ;
 - Démence ;
 - Maladies rares et particulièrement à risque en cas d'infection (liste spécifique établie par le COS et les filières de santé maladies rares : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_maladies_rares_cosv_fmr-2.pdf)

Par ailleurs, l'absence de vaccination est un facteur majeur d'évolution vers une forme grave.

Cas particulier de la grossesse :

Risque accru de forme grave à partir du 3^e trimestre, tout particulièrement en cas d'obésité, d'âge > 35 ans, de diabète. Risque d'accouchement prématuré, surtout en cas de formes sévères. La transmission materno-fœtale semble exceptionnelle sans impact majeur sur le nouveau-né (19).

À noter que la vaccination est recommandée chez les femmes enceintes dès le premier trimestre de grossesse avec rappel dès 3 mois après la primovaccination.

Immunité et prévention vaccinale

Immunité naturelle

L'infection par le SARS-CoV-2 induit une immunité capable de protéger d'une forme grave de Covid-19 dans les premiers mois qui suivent l'infection mais cette immunité semble diminuer avec le temps ce qui expose à des ré-infections, notamment avec des variants différents tel Omicron.

Prévention vaccinale

Vaccin disponible _____ oui

Au 28/02/2022, 5 vaccins ont reçu l'AMM en France :

- les vaccins à ARNm : SPIKEVAX® (Moderna) et COMIRNATY® (PfizerBioNTech) ;
- les vaccins à vecteurs viraux VAXZEVRIA® (Université d'Oxford AstraZeneca, n'est plus disponible) et JANSSEN® (Johnson & Johnson) ;
- le vaccin à protéine recombinante NUVAXOVID® (Novavax).

Pour plus d'informations, consulter :

- Réponse rapide HAS : démarche médicale pour la vaccination contre la Covid-19³
- Vaccination info service⁴

³http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reponses_rapides_dans_le_cadre_de_la_covid-19_-_demarche_medicale_pour_la_vaccination_contre_la_covid-19.pdf

⁴<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/COVID-19>

Immunité vaccinale :

L'efficacité vaccinale (EV) contre les formes symptomatiques évaluée dans les essais cliniques pivots après 2 doses est de plus de 90 % pour les vaccins ARNm et le vaccin NUVAXOVID, et de 60-70 % pour les vaccins vectorisés adénovirus.

Les EV contre les formes graves sont excellentes. Elles ont été confirmées en vie réelle et sont globalement conservées vis-à-vis des variants émergents.

Les études récentes montrent une baisse progressive de l'efficacité vis-à-vis de l'infection et des formes symptomatiques de tous les vaccins à partir du 3^e mois, notamment vis-à-vis des variants Delta et Omicron. En revanche l'efficacité contre les formes graves persiste à un niveau relativement élevé, quel que soit le vaccin administré. L'administration d'une première dose de rappel permet de réduire de 90 % la mortalité associée à la Covid-19 comparativement aux adultes n'ayant pas eu de rappel.

Le contrôle du taux d'Ac post vaccination est utile uniquement chez les immunodéprimés afin de dépister les non-répondeurs (taux d'anticorps anti-spike inférieur à 264 BAU/mL).

Que faire en cas d'exposition ?

R1, R2, R3, R4

Définition d'un sujet exposé

Définition d'un sujet exposé : En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact, toute personne :

- Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ;

- Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé, en face à face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas confirmé ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;

Sont considérées comme des mesures de protection efficaces :

- séparation physique isolant la personne-contact du cas confirmé en créant deux espaces indépendants (vitre, Hygiaphone®) ;
- masque chirurgical ou FFP2 ou grand public en tissu fabriqué selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 1 ou masque grand public en tissu réutilisable possédant une fenêtre transparente homologué par la Direction générale de l'armement, porté par le cas **ou** le contact.

Ne sont pas considérées comme mesures de protection efficaces :

- masques grand public en tissu de catégorie 2 ;
- masques en tissu « maison » ou de fabrication artisanale ne répondant pas aux spécifications AFNOR SPEC.

Principales professions concernées :

Professionnels ayant des contacts rapprochés avec des personnes infectées par le SARS-CoV-2 (professions de santé, médico-sociales ou en contact étroit avec le public).

Conduite à tenir immédiate

S'assurer de l'isolement de la personne atteinte et de la personne contact si elle est non ou incomplètement vaccinée.

Evaluation du risque

Selon les caractéristiques de la source et le type d'exposition

Définition de cas :

Cas possible : toute personne, ayant ou non été en contact à risque (voir rubrique sujet exposé) avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19.

Cas confirmé : Toute personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP), par test antigénique naso-pharyngé ou sérologie (dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage).

Type d'exposition :

Projection de gouttelettes provenant des voies aériennes supérieures, contact avec l'environnement contaminé, sans mesure de protection efficace (masque, lunettes, lavage des mains). Plus le contact est proche et prolongé, plus le risque est élevé.

Selon les caractéristiques du sujet exposé

La conduite à tenir va dépendre de l'immunité vaccinale (schéma complet) ou naturelle du sujet exposé.

Risque particulier : le risque augmente avec l'âge, en cas d'immunodépression et de comorbidités.

Prise en charge du sujet exposé

Mesures prophylactiques

Si le sujet contact est immunodéprimé et n'a pas développé de réponse vaccinale satisfaisante à un schéma vaccinal complet ou n'est pas éligible à la vaccination et à très haut risque de forme sévère : autorisation d'accès précoce à un traitement post-exposition par Ac monoclonaux EVUSHELD® si Omicron, RONAPREVE® uniquement s'il s'agit d'un variant Delta (car inefficace sur le variant Omicron).

Suivi médical

Les conditions de suivi d'un sujet contact varie en fonction de son immunisation et de l'évolution de l'épidémie : se référer au site [Ameli.fr](https://www.ameli.fr)⁵.

⁵ [https://www.ameli.fr/](https://www.ameli.fr)

Au 30/03/2022 (R1) :

- Surveiller la température et l'éventuelle apparition de symptômes et réaliser un test de dépistage antigénique ou RT-PCR immédiatement en cas de symptômes ;
- Pas d'isolement, mais appliquer pendant 7 jours de manière stricte les mesures barrières (notamment port d'un masque en intérieur et en extérieur, limiter les contacts, éviter tout contact avec les personnes à risque de forme grave, télétravailler dans la mesure du possible) ;
- Réaliser un test de dépistage (RT-PCR ou test antigénique ou autotest) 2 jours après avoir été prévenu par l'Assurance Maladie ou par la personne positive ;
- **En cas de test positif**, s'isoler immédiatement. Si résultat positif par autotest, le confirmer par un test antigénique ou un test PCR. Puis :
 1. Si le sujet est non immunodéprimé avec schéma vaccinal complet (ou ayant contracté la Covid-19 il y a moins de 4 mois) :
 - Réaliser un test antigénique (TAG) 5 jours après le début des symptômes (DDS) ou du résultat de test positif en l'absence de symptôme :
 - en cas de test négatif et en l'absence de fièvre depuis 48 heures, fin d'isolement ;
 - en cas de test positif : maintenir l'isolement jusqu'au 7^e jour. L'isolement peut être levé à J7 en l'absence de fièvre depuis 48h.
 2. Si le sujet est non vacciné ou avec un schéma vaccinal incomplet (rappel non fait), ou n'ayant pas contracté la Covid-19 dans les 4 derniers mois, ou étant atteint d'une immunodépression grave :

- Réaliser un test antigénique (TAG) ou un test RT-PCR 7 jours après le DDS ou du 1^{er} résultat de test positif en l'absence de symptôme :
 - en cas de test négatif et en l'absence de fièvre depuis 48 heures, fin d'isolement ;
 - en cas de test positif : maintenir l'isolement jusqu'au 10^e jour. L'isolement peut être levé à J10 en l'absence de fièvre depuis 48h.

En cas de température à la fin de l'isolement, consulter un médecin. En effet, il convient d'attendre 48 h supplémentaires après la disparition de la fièvre pour mettre fin à son isolement. En cas de difficultés à respirer, appeler le 15.

En cas de grossesse :

Suivi rapproché pour une prise en charge rapide en cas de symptômes ou de test positif.

Pour l'entourage du sujet exposé

Le sujet contact doit renforcer les mesures barrières pour protéger son entourage. Il n'y a pas de mesures particulières pour l'entourage d'un contact.

Démarche médico-légale

Déclaration / signalement

Déclaration obligatoire _____ non

Le signalement aux autorités sanitaires nationales (DGS, Santé publique France) des cas n'est plus nécessaire. Le dispositif SI-DEP permet la notification des cas confirmés par RT-PCR, RT-LAMP ou test antigénique *via* la transmission des résultats de laboratoire aux acteurs en charge de la prise en charge et des investigations autour des cas.

Réparation

Accident du travail

Déclaration d'AT selon les circonstances d'exposition, en particulier en laboratoire.

Maladie professionnelle

Tableau Régime Général _____ RG 100

Tableau Régime Agricole _____ RA 60

Maladie hors tableau : selon expertise.

Éléments de référence

CNR

Centre national de référence virus des infections respiratoires (dont la grippe)

CNR Coordonnateur

- Institut Pasteur

Unité de Génétique Moléculaire des Virus à ARN
Département de Virologie
25-28 rue du Docteur Roux
75 724 PARIS CEDEX 15

Nom du responsable : Pr Sylvie VAN DER WERF

Tél. : 01 45 68 87 25 (secrétariat) - 01 45 65 87 22

Fax : 01 40 61 32 41

Courriel : sylvie.van-der-werf@pasteur.fr // grippe@pasteur.fr

CNR Laboratoires associés

- Hospices Civils de Lyon (HCL)

Laboratoire de Virologie
Institut des Agents Infectieux
Groupement Hospitalier Nord
103 Grande Rue de la Croix-Rousse

Nom du responsable : Pr Bruno LINA

Tél. : 04 72 07 10 20 - 04 72 07 11 42 (secrétariat)

Fax : 04 72 00 37 54

Courriel : bruno.lina@chu-lyon.fr // bruno.lina@univ-lyon1.fr // ghe.grippe-france-sud@chu-lyon.fr

- Institut Pasteur de Guyane

Laboratoire de Virologie

23 avenue Pasteur

BP 6010

97 306 CAYENNE CEDEX

Nom du responsable : Dr Dominique ROUSSET

Tél. : 05 94 29 26 09 - laboratoire : 05 94 29 58 27 - secrétariat : 05 94 29 58 16

Fax : 05 94 29 58 09

Courriel : drousset@pasteur-cayenne.fr

Site CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe) :

<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/les-cnr/virus-influenzae-grippe>

Accès à la liste des CNR

Consultez le site Santé Publique France⁶

⁶ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-referance/Liste-et-coordonnees-des-CNR>

Textes de référence

R1 | Covid-19⁷. Coronavirus. Assurance maladie, 2022.

⁷ <https://www.ameli.fr/assure/covid-19>

R2 | Courrier au DGS du 31 décembre 2021⁸. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2021

⁸ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1136>

R3 | 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-2⁹. Avis du 11 février 2022. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2022

⁹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1150>

R4 | Evolution de la stratégie de dépistage et d'isolement des cas de Covid-19 et des personnes contacts dans le contexte de la décroissance de la diffusion du variant Omicron¹⁰. DGS-URGENT N°2022-31. Ministère des solidarités et de la santé, 2022.

¹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_no2022_31_evolution_du_depistage_et_de_l_isolement.pdf

Bibliographie

1 | Coronavirus SARS-CoV-2 : actualisation de la prise en charge¹¹. Avis du 23 juillet 2020. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2020.

2 | Analyse de risque liée aux variants émergents de SARS-CoV-2¹². In : Coronavirus : circulation des variants du SARS-CoV-2. Santé publique France, 2022.

3 | Fiche technique OIE : Infection par le SARS-CoV-2 chez les animaux¹³. Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE), 2022.

4 | Marzoli F, Bortolami A, Pezzuto A, Mazzetto E et al. - A systematic review of human coronaviruses survival on environmental surfaces. *Sci Total Environ.* 2021 ; 778 : 146191.

5 | Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E - Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020 ; 104 (3) : 246-51.

6 | Covid-19 : contrôle et prévention de la diffusion des nouveaux variants du virus en milieu de soins¹⁴. Avis du 3 février 2021. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2021

7 | Calisti R - SARS-CoV-2 : exposure to high external doses as determinants of higher viral loads and of increased risk for COVID-19. A systematic review of the literature. *Epidemiol Prev.* 2020 ; 44 (5-6 Suppl 2) : 152-59.

8 | Stratégie de vaccination contre le Sars-CoV-2¹⁵. Rôle des facteurs socio-économiques et professionnels dans le risque d'infection et de formes graves de Covid-19 et actualisation des recommandations. Argumentaire du 30 juin 2021. Haute Autorité de Santé (HAS), 2021.

9 | Recensement national des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé¹⁶. Etudes et enquêtes. Santé Publique France, 2022.

10 | Signalements d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales. Mars 2020 - Janvier 2022. Point au 20 janvier 2022¹⁷. Santé Publique France, 2022.

11 | Oude Munnink BB, Sikkema RS, Nieuwenhuijse DF, Molenaar RJ et al. - Transmission of SARS-CoV-2 on mink farms between humans and mink and back to humans. *Science.* 2021 ; 371 (6525) : 172-77.

12 | Coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)¹⁸. Fiche Technique Santé-Sécurité : Agents Pathogènes. Agence de la Santé Publique du Canada, 2019.

13 | Perron S, Caron S, Lajoie E, Denis G et al. - **COVID-19 : Modes de transmission et efficacité du port de masque de type N95 et du masque médical** ¹⁹. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2022.

14 | Salmon Céron D, Davido B, Tubiana R, Linard F et al. - Les formes prolongées de la COVID-19 ou COVID long : formes cliniques et prise en charge. *Méd Mal Infect Form.* 2022 ; 1 (1) : 24-33.

15 | **Traitement par antiviral des patients à risque de forme grave de la Covid-19** ²⁰. Réponse rapide dans le cadre du COVID-19. Haute Autorité de Santé (HAS), 2022.

16 | **Traitements contre le Covid-19 : les conditions d'accès et d'utilisation d'Evusheld évoluent** ²¹. ANSM, 2022.

²¹ <https://ansm.sante.fr/actualites/traitements-contre-le-covid-19-les-conditions-dacces-et-dutilisation-devusheld-evoluent>

17 | **Décret n° 2021-1162 du 8 septembre 2021 pris pour l'application de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020** ²². In : Légifrance. Premier ministre, Ministère chargé du travail, Ministère chargé de la Santé, 2021.

²² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000044030573/2022-03-01/>

18 | **Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2** ²³. Actualisation des facteurs de risque de formes graves de la covid-19 et des recommandations sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. Recommandation médicale. Haute Autorité de Santé (HAS), 2021.

19 | Anselem O - Covid 19 et grossesse. *Presse Med Form.* 2021 ; 2 (4) : 343-46.

¹¹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899>

¹² <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-circulation-des-variants-du-sars-cov-2>

¹³ <https://www.oie.int/fr/document/fiche-technique-oie-infection-par-le-sars-cov-2-chez-les-animaux/>

¹⁴ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=978>

¹⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3275157/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-role-des-facteurs-socio-economiques-et-professionnels-dans-le-risque-d-infection-et-de-formes-graves-de-covid-19-et-actualisation-des-recommandations

¹⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

¹⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/signalement-d-infections-a-sars-cov-2-nosocomiales.-mars-2020-janvier-2022.-point-au-20-janvier-2022>

¹⁸ <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosécurité-biosûreté-laboratoire/fiches-techniques-santé-sécurité-agents-pathogènes-évaluation-risques/coronavirus-syndrôme-respiratoire-aigu-sevère.html>

¹⁹ <https://www.inspq.qc.ca/publications/3193-transmission-efficacite-masque-covid>

²⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3310993/fr/traitement-par-antiviral-des-patients-a-risque-de-forme-grave-de-la-covid-19

²³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240117/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-actualisation-des-facteurs-de-risque-de-formes-graves-de-la-covid-19-et-des-recommandations-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner