

AVIS

relatif à la prévention des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2 (mise à jour de l'avis du 17 septembre 2020)

13/11/2021

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) par courriel en date du 18 octobre 2021 (annexe 1). Dans un contexte de circulation de variants du SARS-CoV-2 (dont Delta, plus transmissible que les précédents et désormais ultra majoritaire), d'une couverture vaccinale élevée de la population âgée de 12 ans et plus, de la mise en place d'un rappel vaccinal pour les populations à risque et les professionnels de santé vaccinés depuis plus de 6 mois, de l'absence d'épidémie de grippe pour la saison 2020-2021 pouvant faire craindre une plus grande sensibilité de la population aux virus grippaux, de l'évolution de la stratégie de prise en charge des tests de dépistage du SARS-CoV-2, la DGS sollicite le HCSP afin d'évaluer la nécessité ou non de mettre à jour l'avis du 17 septembre 2020 relatif à la préparation des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2 [1].

Le HCSP a pris en compte :

1. Les recommandations de son avis du 17 septembre 2020 [1].
2. Les données épidémiologiques relatives au SARS-CoV-2 au 4 novembre 2021.

En métropole : en semaine 43 (du 25 au 31 octobre 2021), la circulation du SARS-CoV-2 a augmenté avec une hausse du taux d'incidence et une tendance à la stabilisation des indicateurs hospitaliers nationaux. Le taux d'incidence dépassait 50 pour 100 000 habitants dans 58 départements avec 62 nouveaux cas pour 100 000 habitants (vs 55 en S42). L'indice R effectif était de 1,16. En ce qui concerne les nouvelles hospitalisations et les admissions en soins critiques, l'évolution est hétérogène selon les régions. En termes de typage, les enquêtes Flash des 5 et 12 octobre 2021 ont identifié 100% de variant Delta. Le suivi des contacts a montré une augmentation du nombre de nouveaux cas mais une stabilisation du nombre moyen de personnes-contacts par cas. L'augmentation de l'âge moyen des cas et des personnes contacts depuis la semaine 37 appelle à la vigilance et à la réalisation d'un rappel de vaccination dans les populations concernées.

En Guyane, on observe une poursuite de la baisse de l'incidence du Covid-19.

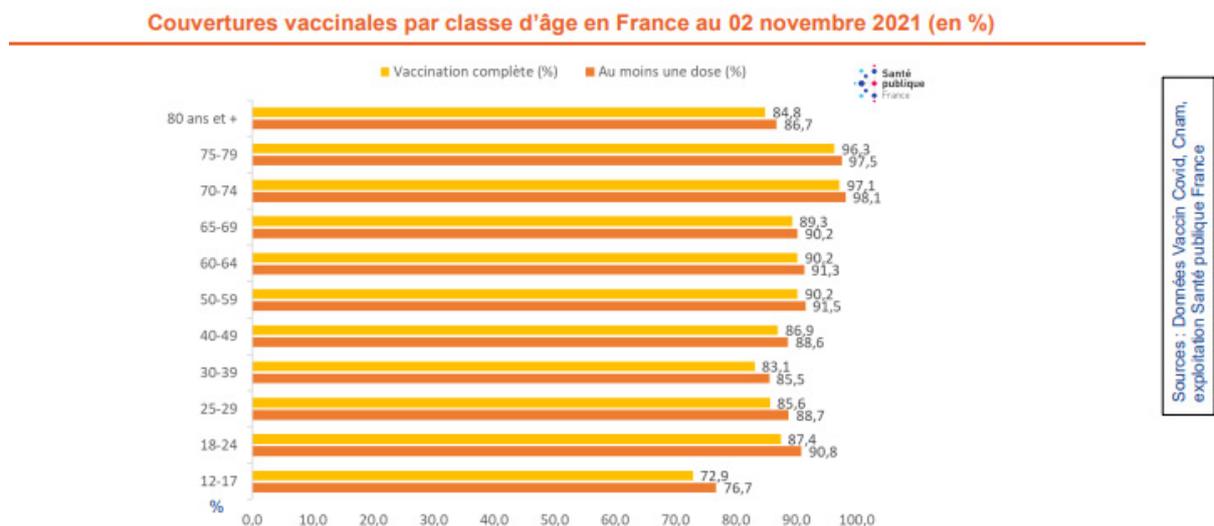
Sur le plan **international**, on note une reprise de la circulation du SARS-CoV-2 en Europe. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Europe est l'épicentre de la pandémie [2].

Selon le rapport de l'*European Center for Disease Control* (ECDC) du 4 novembre 2021, la situation épidémiologique globale dans l'UE/EEE à la fin de la semaine 43 était caractérisée par un taux global de notification de cas élevé et croissant (306,2 / 100 000) et un taux de mortalité faible et stable 27,2 / 100 000). Les taux de notification de cas, les taux de décès, les admissions dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs devraient tous augmenter au cours des deux prochaines semaines. La situation varie considérablement d'un pays à l'autre. Les pays où le taux de vaccination est faible continuent d'être gravement touchés. Le variant Delta est prédominant dans tous les pays européens [3].

3. Les niveaux de couverture vaccinale en France

3.1 Vaccination contre le SARS-CoV-2

Au 2 novembre 2021, 76,4 % de la population générale avait reçu au moins une dose de vaccin et 74,6 % était complètement vacciné ; 19,8 % des 65 ans et plus avaient reçu une dose de rappel. Il est à noter la couverture vaccinale insuffisante des personnes âgées de 80 ans et plus puisque seulement 84,8 % d'entre elles ont reçu une vaccination complète (voir graphique ci-dessous).



Source : Santé publique France (SpF), point épidémiologique du 4 novembre 2021 [4].

3.2 Vaccination contre la grippe saisonnière

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière a débuté en France le 22 octobre 2021 ; en conséquence les données relatives à la couverture vaccinale ne sont pas disponibles. Lors de la saison grippale 2020-2021, la couverture vaccinale des personnes chez lesquelles elle était recommandée a été estimée à 55,8 %, soit une progression de 47,8 % par rapport à la couverture vaccinale 2019-2020 [5].

Les données « CoviPrev », issues d'un échantillon de 2 000 adultes interrogés chaque mois depuis mars 2020 en métropole, montrent que l'adhésion à la vaccination contre la grippe n'a pas changé parmi la population à risque depuis 2020. Ainsi, lors de l'enquête « CoviPrev » menée du 28 septembre au 5 octobre 2021, 69 % des personnes de 65 ans et plus et 33 % des personnes de moins de 65 ans avec facteur de risque de grippe grave déclaraient vouloir

se faire vacciner contre la grippe cet hiver ; elles étaient respectivement 67 % et 35 % en juin 2020 (données non publiées).

4. Les données relatives au respect des mesures barrières

4.1 Résultat de l'enquête « CoviPrev » (SpF) du 28 septembre au 5 octobre 2021 [6]

Cette enquête basée sur les déclarations des participants met en évidence les points suivants :

- stabilisation autour de 60 % du lavage systématique des mains depuis juin 2021, chiffre inférieur à celui observé à la même période en 2020 (66 %) ;
- port du masque systématique en public autour de 66 % en septembre 2021 (vs 74 % en septembre 2020). Le port du masque dans les lieux publics fermés se stabilise à 85 % ; il n'est que de 46 % en présence de personnes fragiles et de 30 % en extérieur lorsque la distance interpersonnelle est inférieure à 2 mètres ;
- en septembre 2021, 59 % déclarent saluer sans se serrer la main et éviter les embrassades (vs 70 % en septembre 2020) ;
- le fait d'éviter les regroupements en face-à-face avec des proches s'est stabilisé depuis août 2021 autour de 30 %, chiffre en diminution constante depuis avril 2021 ;
- les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent les hommes, les jeunes de 18 à 34 ans et les personnes n'ayant pas de risque de développer de forme grave de Covid-19 ;
- après ajustement sur l'âge, les personnes vaccinées déclarent une moindre adoption systématique du lavage des mains (OR : 0,86), de se saluer sans se serrer la main (OR : 0,61), ainsi que d'éviter les regroupements et réunions en face à face (OR : 0,50). En revanche, les personnes vaccinées déclarent toujours l'adoption systématique du port du masque et l'aération de leur logement toutes les heures dans une proportion supérieure aux personnes non-vaccinées.

4.2 Résultats de l'enquête IFOP [7]

L'enquête IFOP¹ met en évidence que seuls 53 % des Français déclarent se couvrir le visage (avec un bras ou un mouchoir) lorsqu'ils toussent ou éternuent (moyenne des pays européens testés : 61 %) et qu'à peine plus d'un quart (27 %) reconnaît se laver systématiquement les mains après s'être mouché (moyenne des pays européens testés : 32 %).

S'agissant des embrassades, 65% des Français déclarent les pratiquer avec leurs proches amis ou collègues ; ce chiffre, s'il est inférieur à celui observé avant le premier confinement (91%), est en nette augmentation par rapport à celui de mars 2021 (+ 26 points). Les Français sont 59 % (contre 85 % avant le premier confinement) à pratiquer régulièrement la poignée de mains avec leurs connaissances ; ce chiffre est également en forte hausse par rapport à mars 2021 (22 %).

¹ Enquête menée auprès de 5 039 personnes âgées de 18 ans et plus, composé d'un échantillon représentatif de la population de chacun des pays suivants : France, Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni avec un questionnaire auto-administré en ligne du 21 au 27 septembre 2021.

5. Les données relatives à la circulation des virus hivernaux pour la saison 2021-2022

5.1 Cas de la grippe

A Mayotte, le niveau de circulation du virus grippal A (H3N2) est en situation pré-épidémique depuis la semaine 40 (du 4 au 10/10/2021) [8]. Cependant, le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal a diminué pour la seconde semaine consécutive. Les prélèvements analysés par le centre national de référence (CNR) des virus respiratoires (dont la grippe) appartenaient tous au sous-type A(H3N2). Sur les 51 premiers prélèvements qui ont été séquencés, 49 (96 %) sont apparentés à la souche vaccinale A/Hong Kong/2671/2019 qui était présente dans le vaccin Hémisphère Sud 2021 mais pas dans le vaccin Hémisphère Nord utilisé à Mayotte cette année. Dans les pays de l'OMS du Pacifique occidental, l'activité grippale avec la co-circulation des virus grippaux A et B et la fréquence des infections respiratoires basses ont été beaucoup plus faibles en 2021 que les années précédentes incluant 2020 [9].

En 2021, aucune épidémie de grippe saisonnière n'a été détectée dans les pays de la zone tempérée de l'hémisphère Sud (y compris à la Réunion) au cours de leur saison hivernale (juin-septembre), et ce pour la seconde année consécutive.

En semaine 43, des cas sporadiques de grippe sont détectés depuis début septembre en outre-mer.

La surveillance de la grippe saisonnière 2020-2021 en France métropolitaine n'a observé aucune circulation active des virus grippaux. Seuls des cas sporadiques de virus grippaux A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria ont été identifiés. Pour la saison hivernale 2021-2022, il existe une grande incertitude quant à la survenue d'une épidémie de grippe saisonnière en France métropolitaine, sa temporalité et son impact sur la population et le système de soins.

5.2 Cas des bronchiolites à virus respiratoire syncytial humain (HRSV)

En France métropolitaine, les épidémies de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans sont habituellement saisonnières commençant début novembre pour s'achever en février avec au total près de 60 000 passages aux urgences dont environ 20 000 conduisant à une hospitalisation. L'épidémie de bronchiolite de la saison 2020-2021 a été différente de celle des années précédentes avec une amplitude inférieure (33 971 passages aux urgences dont 13 186 hospitalisations) et une survenue plus tardive (démarrage début février, suivi d'un pic épidémique début avril et fin d'épidémie début juin 2021). HRSV a continué à circuler au cours du mois de juillet 2021 dans certaines régions métropolitaines. En semaine 40 de 2021 (début octobre), le démarrage de l'épidémie 2021-2022 a été plus précoce d'environ 5 à 6 semaines par rapport aux saisons 2018-19 et 2019-20. Une augmentation forte des indicateurs, dont les passages aux urgences, s'est poursuivie en semaine 43 (fin octobre) de 2021 avec 12 régions métropolitaines en phase épidémique selon les critères d'alerte. En semaine 44, l'ensemble des régions de France métropolitaine était en phase épidémique et avec une proportion d'hospitalisations après passages aux urgences pour bronchiolite de 35 %, ce qui est comparable aux saisons précédentes. Une épidémie de plus grande ampleur que celle observée habituellement est possible cette saison du fait de la moindre stimulation immunitaire induite par la faible circulation du HRSV la saison dernière et dans un contexte de levée des mesures barrières. La bronchiolite sera ainsi suivie avec attention toute la saison [10].

5.3 Cas des gastroentérites

L'activité pour les gastro-entérites aiguës est en augmentation depuis début octobre 2021 en médecine de ville comme aux urgences hospitalières. L'activité chez les moins de 5 ans aux urgences hospitalières reste plus élevée et plus précoce que celle observée aux saisons pré-covid-19 (2010-2019) à la même période [11].

6. La disponibilité des tests de diagnostic actuels

6.1 Tests dits monoplex ciblant un seul virus ou groupe de virus

Les virus respiratoires, incluant les virus grippaux et le SARS-CoV-2, et les virus de gastro-entérites peuvent être détectés soit par des tests moléculaires, soit par des tests antigéniques. Certains de ces tests permettent de fournir des résultats dans un délai court (une heure ou moins). Ces tests dits rapides peuvent être mis en place dans le cadre de « points of care » (POC) ou directement dans les services de soins (services d'urgence notamment). Le principal avantage des tests rapides est leur excellente valeur prédictive positive. En revanche, leur sensibilité est souvent plus faible, notamment en ce qui concerne les tests antigéniques. En cas de résultat négatif, il peut être nécessaire, notamment dans les formes graves hospitalisées, d'avoir recours à des tests conventionnels plus sensibles.

L'indication privilégiée des tests monoplex est représentée par les situations épidémiques avérées (bronchiolite à virus respiratoire syncytial humain (HRSV), gastro-entérite à rotavirus, circulation avérée de SARS-CoV-2, situation d'épidémie grippale identifiée par SpF ...). Dans toutes ces situations, la rentabilité d'un test monoplex est maximale et permet d'identifier positivement les sujets impliqués dans cette épidémie, ce qui permet d'éviter des investigations complémentaires, devenues inutiles. Par exemple, en situation d'épidémie grippale, l'identification des cas de grippe chez de très jeunes enfants fébriles permet d'éviter d'autres examens complémentaires (examen cytbactériologique urinaire, ponction lombaire, imagerie ...) et d'éviter des antibiothérapies inadaptées, voire des hospitalisations non justifiées. Plus le résultat sera obtenu rapidement, plus le bénéfice sera important. Les investigations complémentaires de première intention sont alors réservées aux cas dont le résultat du test monoplex est négatif ou lorsque le sujet présente des signes de gravité ou des facteurs de risque. La rentabilité de cette stratégie est conditionnée par la bonne appréciation de la situation épidémique.

Enfin, à titre épidémiologique, les tests monoplex permettent d'informer les omnipraticiens de la circulation d'un virus (grippe par exemple) et de la proportion de cas infectés au sein de la population générale.

6.2 Tests moléculaires dits multiplex ciblant plusieurs agents pathogènes

Depuis une dizaine d'années sont apparus des tests moléculaires dits multiplex qui permettent la détection simultanée de différents agents infectieux potentiellement responsables d'une même pathologie. Il s'agit de l'approche syndromique des infections potentiellement d'origine virale. Dans les lignes suivantes, il sera principalement question du diagnostic syndromique des infections respiratoires, même si des tests du même type sont également disponibles pour les infections gastro-intestinales.

6.2.1 Aspects technologiques

Les techniques moléculaires utilisées sont multiples, même si la technique la plus utilisée reste la RT-qPCR. A ce propos, il est important de rappeler que les performances de ces techniques sont généralement réduites par rapport à celles des tests monoplex correspondants, du fait même du multiplexage.

Plusieurs menus de tests sont actuellement disponibles auprès des différents fournisseurs :

- techniques biplex combinant les virus grippaux et les virus respiratoires syncytiaux humains (HRSV) ou bien le SARS-CoV-2 et les virus grippaux ;
- techniques triplex combinant notamment les trois virus précédents ;
- vraies techniques multiplex incluant, outre les virus ci-dessus, d'autres virus -et notamment les entérovirus- dont les rhinovirus, les métapneumovirus humains (HMPV), les virus *parainfluenza* (PIV), les adénovirus humains (HAdV), les coronavirus (HCoV) dits saisonniers, et certaines bactéries à tropisme respiratoire de culture difficile comme *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae* ;
- techniques multiplex étendues incluant, en plus des cibles précédentes, d'autres virus (bocavirus, MERS-CoV ...) et d'autres bactéries « atypiques » (*Legionella* ...), voire des bactéries pyogènes (staphylocoques, streptocoques, entérobactéries ...).
- Certaines de ces techniques sont disponibles sous forme de tests rapides avec résultat en une à deux heures. Elles sont alors volontiers utilisées en POC et peuvent même être délocalisées dans les services d'urgence ou les services de réanimation du fait de leur simplicité de manipulation.

6.2.2 Indications

Du fait de leur coût sensiblement plus élevé, les indications des tests multiplex sont réservées à des situations cliniques particulières dont les principales sont :

- les suspicions de pneumonies de l'enfant pour lesquelles les étiologies virales sont très largement majoritaires ;
- les suspicions de pneumopathies dites atypiques pour lesquelles *M. pneumoniae* et *C. pneumoniae* jouent un rôle important et qui requièrent un traitement antibiotique adapté ;
- les infections sévères avec résultat négatif des tests monoplex, notamment chez le sujet âgé ou l'immunodéprimé ;
- la documentation d'épidémies communautaires ou nosocomiales sans étiologie évidente.

6.2.3 Interprétation

Lorsque le test multiplex identifie un seul agent infectieux, l'interprétation est relativement simple, surtout si les cultures bactériologiques standard sont négatives.

Cependant, il est fréquent d'observer des résultats positifs simultanés pour plusieurs cibles (de 2 à 5 cibles). Dans ces cas, assez fréquents chez les enfants, différents éléments peuvent être pris en compte pour l'analyse des résultats :

- la prise en compte de certains pathogènes respiratoires doit être privilégiée, notamment le SARS-CoV-2, les virus grippaux, HRSV, HMPV, *M. pneumoniae* et *C. pneumoniae* ; en effet ces pathogènes sont rarement responsables de formes asymptomatiques et peuvent justifier l'utilisation de traitements étiologiques ou complémentaires spécifiques : corticoïdes et anticoagulants pour SARS-CoV-2 (en attendant les traitements spécifiques), oseltamivir prescrit sans délai pour les infections grippales, macrolides, tétracyclines ou quinolones pour les bactéries

atypiques ...

- à l'inverse, d'autres virus (rhinovirus et autres entérovirus, HAdV, virus parainfluenza, HCoV saisonniers, bocavirus ...) sont davantage associés à des infections moins sévères ou asymptomatiques sans rôle pathologique déterminant dans la situation clinique, même si ces virus peuvent également être responsables d'authentiques pathologies respiratoires (bronchiolites, pneumopathies, laryngites, angines ...) ; dans ces cas, la présence isolée de ce type de virus ou encore la valeur de Ct (« cycle threshold »), si une technique de RT-qPCR est utilisée, peut fournir une orientation intéressante.

6.2.4 Avantages des tests multiplex

Ils peuvent être déterminants dans les situations difficiles :

- recherche de virus ou de bactéries non identifiés en première intention ;
- possibilité de tests rapides permettant d'obtenir un résultat dans l'heure suivant le prélèvement ;
- orientation vers un traitement adapté : antibiotiques spécifiques ou à l'inverse épargne antibiotique en cas d'étiologie virale évidente (concept d'« antimicrobial stewardship »), notamment dans les pneumonies de l'enfant ;
- documentation d'épidémies de cas groupés communautaires ou nosocomiaux ;
- mise en évidence de co-infections pouvant expliquer la gravité du tableau clinique ...

6.2.5 Limites des tests multiplex

Les tests multiplex au-delà de 2 cibles restent relativement onéreux, ce qui restreint leur utilisation à titre systématique, même si, à terme, le coût de ces tests tend à baisser, surtout ceux utilisés en deuxième intention quand les résultats sont négatifs pour les tests monoplex ou bplex de première intention. Actuellement l'évaluation médico-économique du bénéfice de ces tests n'est pas disponible.

Comme discuté précédemment, l'interprétation de résultats positifs pour plusieurs agents infectieux dans un même prélèvement peut poser des problèmes au clinicien.

Le manque de standardisation des cibles proposées par les différents fournisseurs rend difficile le choix des trousse par le biologiste.

En termes de qualité, la sensibilité des tests vis-à-vis des différents agents infectieux est difficile à évaluer ; certaines trousse montrent des faiblesses évidentes pour un ou plusieurs de ces agents infectieux ; il peut en être de même pour la spécificité.

6.2.6 Conclusions

La disponibilité de nombreux tests multiplex entraîne un changement de paradigme dans la prise en charge des infections respiratoires.

Dans l'état actuel des connaissances, il semble acquis que ces tests doivent être réservés aux infections respiratoires graves justifiant une hospitalisation et pour lesquelles une étiologie évidente ne s'impose pas d'emblée.

Des études randomisées par pathologie doivent être recommandées pour définir plus précisément leur bénéfice médico-économique éventuel. Une étude de ce type –en cours de publication- montre le bénéfice d'un test multiplex rapide dans les pneumopathies de l'enfant pour identifier positivement les infections virales, ce qui permet une épargne antibiotique significative dès la présentation aux urgences.

7. Conséquences de l'absence de circulation des virus hivernaux pour la saison 2020-2021

La très faible circulation des virus hivernaux en 2020-2021 pourrait conférer une plus grande susceptibilité de la population à ces virus dans les mois à venir. Ce risque n'est toutefois pas quantifiable.

Au total :

La couverture vaccinale contre le Covid-19 relativement élevée sans être optimale en France, l'introduction d'une dose de rappel pour les personnes à risque vaccinées depuis plus de 6 mois, la circulation quasi exclusive du variant Delta du SARS-CoV-2, l'absence d'épidémie de grippe en 2020-2021, constituent des éléments pouvant avoir une incidence sur la circulation du SARS-CoV-2 et des virus hivernaux, mais ne sont pas de nature à modifier fondamentalement la stratégie de contrôle des épidémies liées à ces agents. En revanche, le relâchement du respect des gestes barrières est préoccupant et nécessite le rappel des messages de santé publique les concernant.

En conséquence, le HCSP recommande :

1) le maintien des recommandations figurant dans son avis du 17 septembre 2020 et dans le courrier complémentaire l'accompagnant, reformulées ci-dessous :

- promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes éligibles selon le calendrier des vaccinations 2021 et recommandations vaccinales 2021, en particulier chez le personnel soignant [12] ;
- maintien strict, au cours de la période hivernale, de l'ensemble des mesures barrières qui permettent de réduire la transmission non seulement du SARS-CoV-2 mais également celle des autres virus hivernaux :
 - o respecter la distanciation physique d'au moins deux mètres,
 - o porter un masque couvrant le nez et la bouche en milieu clos quand la distance de deux mètres ne peut pas être respectée et systématiquement en milieu clos en présence d'autres personnes,
 - o se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique,
 - o tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir,
 - o se moucher dans un mouchoir à usage unique,
 - o aérer régulièrement (au moins 2 fois/j, pendant 15 minutes environ) les locaux fermés.
- recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR dans un prélèvement respiratoire haut devant tout signe évocateur de Covid-19 (la liste des symptômes est très diverse ; en cas de signes peu spécifiques, les indications sont à moduler en fonction de l'incidence de circulation du virus dans la population considérée [13]) ou en cas de contact à risque avec une personne infectée, chez les adultes et les enfants âgés de plus de 6 ans (chez les enfants de moins de 6 ans, voir ci-dessous) ; cette recommandation a d'abord pour objectif de limiter la circulation du SARS-CoV-2 et s'inscrit dans la stratégie « diagnostic précoce, traçage des contacts et isolement sans délai des sujets infectés » ;
- réalisation d'un test diagnostique de la grippe saisonnière conformément aux recommandations en vigueur (collectivité à risque, infection respiratoire grave

nécessitant une hospitalisation, patient immunodéprimé ...) en privilégiant les tests moléculaires, notamment chez l'adulte. La recherche systématique des virus de la grippe et d'autres agents infectieux n'est pas recommandée sauf contexte particulier à l'appréciation du clinicien, comme les formes graves hospitalisées ;

- recherche simultanée de virus grippal et du SARS-CoV-2 prioritairement chez les personnes à risque de formes graves et en période de co-circulation de ces deux virus.

Pour les collectivités de personnes âgées :

- renforcer les recommandations de vaccination contre la grippe saisonnière chez les résidents, chez les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec les résidents conformément aux recommandations du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2021 [12] ;
- renforcer la surveillance clinique à la recherche de symptômes en faveur d'une infection respiratoire aiguë ;
- utiliser des tests moléculaires plutôt que des tests antigéniques pour dépister en parallèle le SARS-CoV-2 et les virus grippaux sous réserve de la disponibilité des résultats sous 24 heures. La recherche du SARS-CoV-2 et des virus grippaux peut être effectuée de façon combinée ou séparée. Lorsque les virus grippaux sont recherchés séparément, la réalisation de tests chez quelques résidents (deux ou trois) au sein de la structure suffit souvent pour identifier la circulation virale et mettre en place les mesures de contrôle. La recherche d'autres agents infectieux peut être effectuée en fonction du contexte clinique et épidémiologique et de l'appréciation du clinicien ;
- recourir à des traitements antiviraux adaptés (inhibiteurs de neuraminidase) curatifs et préventifs dès qu'une épidémie de grippe (plus de deux cas) est mise en évidence dans l'établissement, en respectant les contre-indications.

Pour les enfants âgés de moins de 6 ans :

- la réalisation **immédiate** de tests moléculaires à visée diagnostique à la recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR et/ou d'autres virus chez un nouveau-né, nourrisson ou enfant de moins de 6 ans présentant une symptomatologie fébrile et/ou respiratoire et/ou digestive doit être envisagée dans les situations suivantes :
 - o tableau clinique sévère nécessitant des investigations complémentaires ou une hospitalisation : un test multiplex est indiqué,
 - o contact avéré avec un cas confirmé de Covid-19 dans l'entourage familial ou proche : réalisation d'un test diagnostique de recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR,
 - o présence au domicile de personnes considérées à risque de forme grave de Covid-19 : réalisation d'un test diagnostique de recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR,
 - o facteur de risque personnel de Covid-19 grave : réalisation d'un test diagnostique de recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR,
 - o forme atypique de bronchiolite ou de gastroentérite : un test multiplex est indiqué,
 - o absence de contexte épidémique de bronchiolite ou de gastroentérite : un test multiplex est indiqué.
- la réalisation **différée** d'un test diagnostique de SARS-CoV-2 par RT-PCR est indiquée chez un enfant de moins de 6 ans pour lequel un autre diagnostic avait été initialement posé mais dont l'évolution est atypique ;
- devant un tableau typique de bronchiolite ou de gastro-entérite peu sévère, en l'absence de contage avéré SARS-CoV-2 et de facteurs de risque de Covid-19 grave - personnel ou dans l'entourage, particulièrement en contexte épidémique d'infection à HRSV ou à

rotavirus, la recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR naso-pharyngée et la recherche d'autres virus ne sont pas justifiées en première intention.

2) une vigilance accrue concernant les recommandations vaccinales :

- **vaccination contre le Covid-19** de la population âgée de 12 ans et plus selon un schéma de primo-vaccination ;
- **administration d'une dose de rappel de vaccin contre le Covid-19** chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de Covid-19 grave, les professionnels travaillant dans les établissements de santé et médico-sociaux (selon les recommandations de la HAS) ;
- **vaccination contre la grippe et le Covid-19 de l'entourage proche des personnes à risque** de forme grave ne pouvant recevoir eux-mêmes les vaccins (contre-indications, âge trop jeune...)

3) l'utilisation des tests moléculaires rapides de diagnostic de la grippe saisonnière dans les services d'accueil des urgences et l'évaluation de leur bénéfice par des études médico-économiques ;

4) de façon plus générale, l'évaluation du bénéfice apporté dans la prise en charge des patients avec infection respiratoire par l'utilisation de tests moléculaires multiplex respiratoires, notamment dans un but d'épargne antibiotique, dans des indications bien définies par des études randomisées multicentriques effectuées de façon indépendante par rapport à l'industrie des réactifs de diagnostic microbiologique.

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 ou non du Haut Conseil de la santé publique.
Validé le 13 novembre 2021 par le président du Haut Conseil de la santé publique.*

Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 17 septembre 2020 relatif à la préparation des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=920>
2. Organisation mondiale de la santé. Statement – Update on COVID-19: Europe and central Asia again at the epicentre of the pandemic [Internet]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-update-on-covid-19-europe-and-central-asia-again-at-the-epicentre-of-the-pandemic>
3. European Center for disease prevent and control. COVID-19 situation update for the EU/EEA, as of 9 November 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>
4. Santé publique France. COVID-19 : point épidémiologique du 4 novembre 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
5. Santé publique France. Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age>
6. SPF. Comment évolue l'adhésion des Français aux mesures de prévention contre la Covid-19 ? Résultats de la vague 28 de l'enquête CoviPrev [Internet]. [cité 26 oct 2021]. 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-28-de-l-enquete-coviprev>
7. Les Européens et le respect des gestes barrières, le grand relâchement ? [Internet]. IFOP. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-europeens-et-le-respect-des-gestes-barrieres-le-grand-relachement/>
8. Santé publique France. Bulletin épidémiologique grippe, semaine 41. Saison 2021-2022. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-41.-saison-2021-2022>
9. Organisation mondiale de la santé. Bi-weekly Influenza Situation Update 20 octobre 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/emergency/surveillance/seasonal-influenza/influenza-20211020.pdf?sfvrsn=39dcc97a_84
10. Santé publique France. Bulletin épidémiologique bronchiolite, semaine 43. Saison 2021-2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-bronchiolite-semaine-43.-saison-2021-2022>
11. Santé publique France. Bulletin épidémiologique gastro-entérite aiguë, semaine 43. Saison 2021-2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/gastro-enterites-aigues/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-gastro-enterite-aigue-semaine-43.-saison-2021-2022>

12. Ministère des solidarités et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2021 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_300421.pdf
13. Ministère des solidarités et de la santé. J'ai des symptômes de la Covid ou mon test est positif, que faire ? [Internet]. Disponible sur: <https://mesconseilscovid.sante.gouv.fr/j-ai-des-symptomes-covid.html#quels-sont-les-symptomes-de-la-covid>

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé**De :** SALOMON, Jérôme (DGS)**Envoyé :** lundi 18 octobre 2021 19:50**À :** HCSP-SECR-GENERAL ; CHAUVIN, Franck**Objet :** Saisine stratégie de dépistage des virus hivernaux**Importance :** Haute

Monsieur le Président, cher Franck,

En date du 17 septembre 2020, le HCSP a rendu un avis relatif à la stratégie de dépistage des virus hivernaux dont les virus grippaux en période de co-circulation du SARS-CoV-2.

Alors que l'hiver 2020-2021 n'a pas connu d'épidémie de grippe, Santé publique France indique que la survenue d'une épidémie de grippe cet hiver apparaît comme probable, même si sa temporalité ainsi que son intensité demeurent incertaines. L'absence de stimulation de l'immunité antigrippale au cours de la saison précédente pourrait faire craindre une plus grande susceptibilité de la population aux virus grippaux et donc favoriser une circulation particulièrement intense.

Une épidémie de bronchiolite de grande ampleur est également à craindre, les cas sont en tout cas déjà nombreux et précoces.

Par ailleurs, depuis ce premier avis, le contexte épidémiologique du SARS-CoV-2 a évolué :

- Circulation de nouvelles variantes virales, dont Delta, plus transmissible que les précédents et désormais ultra majoritaire ;
- Mise en place d'une campagne massive de vaccination de la population cible des personnes âgées de 12 ans et plus ;
- Mise en place du rappel vaccinal (3^{ème} dose) pour les personnes à risque et les personnes âgées de 65 ans et plus, au regard de la baisse de la protection vaccinale au-delà de 6 mois et du risque d'échecs vaccinaux, ainsi que couverture des professionnels de santé ;
- Evolution récente de la stratégie de prise en charge des tests, et changement de paradigme sur le dépistage au moindre doute (notamment pour les personnes majeures non vaccinées).

Dans ce contexte, je vous remercie de réévaluer votre avis du 17 septembre 2020 relatif à la stratégie de dépistage des virus hivernaux en période de co-circulation du SARS-CoV-2, et de l'actualiser en tant que de besoin.

Votre retour est attendu pour le 26 octobre prochain.

Je te prie d'agréer, Monsieur le Président, cher Franck l'expression de ma considération distinguée.

Amitiés,

Jérôme

Professeur Jérôme SALOMON

Directeur général de la Santé,

PARIS 07 SP, FRANCE

www.solidarites-sante.gouv.fr



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de la santé**

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Sibylle BERNARD STOECKLIN, Santé publique France

Céline CAZORLA, HCSP, Cs MIME

Christian CHIDIAC, HCSP, Cs MIME

Emmanuel DEBOST, HCSP, Cs MIME

Jean François GEHANNO, HCSP, Cs MIME

Sophie MATHERON, HCSP, Cs MIME

Philippe MINODIER, HCSP, Cs MIME

Elisabeth NICAND, HCSP, Cs MIME

Isabelle PARENT, Santé publique France

Henri PARTOUCHE, HCSP, Cs MIME

Bruno POZZETTO, pilote, HCSP, Cs MIME

Sylvie VAN DER WERF, CNR des virus respiratoires (dont la grippe)

SG HCSP

Sylvie FLOREANI

Contributeurs

Isabelle BONMARIN, SPF

Avis produit par le HCSP

Le 13 novembre 2021

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr