

---

## AVIS

---

### Complémentaire à l'avis du 9 septembre 2020 sur les stratégies de prévention de la diffusion du virus SARS-CoV-2 en Établissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) et en milieu scolaire

17 septembre 2020

---

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 28 août 2020 par la Direction générale de la santé (DGS) au sujet de la progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 au sein de la population pédiatrique, afin d'actualiser les recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil d'enfants âgés de 0 à 3 ans, émises dans son avis du HCSP du 10 juin 2020 [<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=857>]. Le HCSP a répondu à cette saisine dans son avis du 9 septembre 2020.

#### Le HCSP rappelle le contexte de la présente saisine

Le HCSP est de nouveau rapidement sollicité en urgence le 15 septembre 2020 par la DGS (Annexe 1) dans la suite de l'avis précédent du 9 septembre 2020 sur les éléments suivants :  *dans ses avis des 10 juin, 17 juin et 7 juillet 2020, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a rappelé que les charges virales sont généralement faibles chez les enfants, que la fréquence des formes graves de la COVID chez ces derniers est extrêmement faible et qu'ils sont moins transmetteurs que les adultes. La DGS précise que plusieurs publications scientifiques récentes semblent nuancer cette position et que cette question induit en effet de nombreuses conséquences opérationnelles.*

*Au regard des éléments de la littérature connus à ce jour, le Haut Conseil de la santé publique a préconisé (avis remis à la DGS non encore publié)*

- Au sein des écoles élémentaires, le port systématique du masque grand public par les professionnels ;*
- Au sein des écoles maternelles et des établissements accueillant des jeunes enfants, le port du masque grand public par les professionnels en fonction du niveau de circulation du virus.*

*Or, en application de la définition de « personne contact à risque » élaborée par Santé publique France en date du 7 mai 2020, les professionnels exerçant dans les établissements précités sont considérés comme des personnes « contact à risque » dès le 1<sup>er</sup> cas confirmé parmi les enfants, le port du masque pour les enfants de moins de 11 ans n'étant pas à ce stade recommandé. Au regard de l'accélération de la circulation du virus, cette situation est de nature à engendrer la fermeture de nombreuses crèches, classes et écoles.*

*Pour répondre aux inquiétudes légitimes que fait peser une fermeture importante des EAJE et classes, les répercussions au niveau sociétal d'une telle situation pouvant être majeures, l'avis du HCSP est sollicité concernant les questions suivantes en vue de réévaluer la possibilité et la fréquence éventuelle de la transmission du SARS-CoV-2 entre enfants et avec les adultes, en milieu scolaire et en milieu familial.*

Au regard des évolutions des connaissances, la DGS sollicite de nouveau le HCSP pour répondre aux précisions suivantes :

***S'agissant du port du masque :***

- Un professionnel portant un masque grand public ou inclusif, répondant aux normes AFNOR, en contact avec un enfant cas positif, doit-il être considéré comme « contact à risque » ? Y-a-t-il lieu de reformuler les recommandations du HCSP ?

***S'agissant de la stratégie de « contact-tracing » :***

- Les enfants de moins de 11 ans paraissant peu contagieux, les autres enfants de la classe, même en l'absence de port de masque, doivent-ils être considérés comme « contact à risque » ? Si oui, doivent-ils être isolés ou non ? Enfin, L'enseignant qui porte un masque grand public type 1 en présence d'une classe au sein de laquelle un enfant est positif doit-il être considéré comme « contact à risque » ?
- Convient-il de distinguer la stratégie de « contact-tracing » en fonction de la tranche d'âge (0-6 ans et 6-11 ans) ?

***S'agissant des indications de réalisation d'un test virologique :***

- Préciser ces indications chez les enfants de moins de 6 ans et de 6 à 11 ans en tenant compte de la situation épidémique habituelle automno-hivernale, pouvant entraîner la multiplication de tels prélèvements chez l'enfant « cas suspect » de Covid19 et chez les enfants « personnes contact » ? Pour les enfants « cas suspect » de Covid19, faut-il maintenir (pour tous les âges ?) l'indication du test au moindre symptôme comme pour les adultes ?

Afin de répondre à cette saisine en lien avec la pandémie de Covid-19 en cours et au mode de transmission du virus SARS-CoV-2, le HCSP a réactivé le groupe de travail (GT) « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » composé d'experts membres ou non du HCSP. Un sous-groupe dédié à cette saisine a été constitué (Annexe 2). Le GT s'est appuyé sur une analyse des données, de la documentation disponible (publications, littérature grise et webographie) ainsi que sur la réalisation d'auditions d'experts (Annexe 3).

**Le HCSP rappelle :**

- **Les données épidémiologiques publiées par l'agence Santé publique France actualisées au 14 septembre 2020**  
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-14-septembre-2020>
- **L'avis du HCSP du 09 septembre 2020 relatif** aux mesures barrières à mettre en œuvre dans les EAJE, en particulier concernant le port du masque (Avis du HCSP en cours de publication).

**Le HCSP tient compte des éléments suivants :**

- **La définition de cas contact actuellement en vigueur (au 7 mai 2020)**, [[https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/228073/file/COVID-19\\_definition\\_cas\\_20200313.pdf](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/228073/file/COVID-19_definition_cas_20200313.pdf)]
- **L'avis du HCSP du 17 septembre 2020** relatif à la préparation des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV2 (avis en cours de publication).
- **Des recommandations du guide ministériel Covid-19 – Modes d'accueil du jeune enfant. Rentrée 2020 mis à jour le 30 août 2020** [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid19-guide\\_ministeriel-accueil\\_0-3ans-rentree.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid19-guide_ministeriel-accueil_0-3ans-rentree.pdf)

- **Des recommandations de la Société française de Pédiatrie (SFP)** actualisées au 9 septembre 2020  
[https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/Recommandations\\_09092020.pdf](https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/Recommandations_09092020.pdf)
- **Des recommandations et l'analyse de risque de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)** du 14 septembre 2020 "Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19"  
<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>

Les données des différents pays et plusieurs études suggèrent que les enfants de moins de 18 ans représentent environ 8,5 % des cas signalés, avec relativement peu de décès par rapport aux autres groupes d'âge [1-5]. L'infection chez les enfants provoque généralement une maladie bénigne, et les maladies graves dues à la Covid-19 ne sont que rarement observées. Cependant, des cas de maladies graves ont été signalés [18,19]. Comme pour les adultes, des conditions médicales préexistantes ont été suggérées comme facteur de risque de maladie grave et d'admission en unité de soins intensifs (USI) chez les enfants [6,7].

La mesure dans laquelle les enfants contribuent à la transmission du SARS-CoV-2 reste incomplètement comprise. Les jeunes enfants semblent être moins sensibles à l'infection que les adultes, leur sensibilité augmentant généralement avec l'âge [8,9]. Les enfants de moins de 10 ans semblent être moins fréquemment infectés que les adultes et les adolescents, alors que l'épidémiologie chez les adolescents ressemble davantage à celle des jeunes adultes. Les données actuelles issues de la recherche des contacts et des enquêtes par grappes suggèrent également que les enfants sont moins susceptibles que les adultes d'être les principaux transmetteurs de l'infection [10-15]. Par exemple, une étude récente de la République de Corée sur les contacts domestiques et non domestiques suggère que les enfants infectés de moins de 10 ans sont moins contagieux que les adultes infectés [16].

La transmission documentée entre les enfants et le personnel dans les établissements d'enseignement est limitée parce que de nombreux pays ont fermé les écoles et que les enfants sont restés en grande partie à la maison pendant les périodes de transmission intense au sein de la communauté [17-21]. La transmission de personnel à personnel était plus fréquente que la transmission de personnel à élève, et la transmission d'élève à élève était rare [22]. Dans l'ensemble, la plupart des données provenant de pays qui ont rouvert des écoles ou qui ne les ont jamais fermées, suggèrent que les écoles n'ont pas été associées à des augmentations significatives de la transmission communautaire [24]. L'adhésion à des mesures de prévention renforcées et la détection et l'isolement en temps utile des cas et de leurs contacts ont jusqu'à présent réussi à empêcher la progression vers des épidémies plus importantes dans la plupart des situations. L'adhésion à des mesures de prévention renforcées et la détection et l'isolement rapides des cas et de leurs contacts ont jusqu'à présent réussi à empêcher la progression vers des épidémies plus importantes dans la plupart des situations. L'exception d'un pays, où une importante épidémie dans les écoles est apparue 10 jours après la réouverture des écoles, met en évidence le potentiel de propagation dans les lycées fortement peuplés lorsque des mesures de précaution limitées (masques et éloignement physique) sont prises [23,24].

Le risque d'une épidémie dans les écoles et autres lieux où les jeunes se rassemblent est déterminé en grande partie par la transmission communautaire et les amplificateurs de risque liés aux lieux [25,26]. Une épidémie en Géorgie, aux États-Unis, a démontré que le SARS-CoV-2 peut se propager efficacement dans les lieux de rassemblement des jeunes pendant la nuit, ce qui entraîne des taux d'attaque élevés dans toutes les tranches d'âge (l'âge médian était de 12 ans) [25]. La compréhension des environnements à haut risque où le SARS-CoV-2 se propage facilement aidera les décideurs politiques à établir des priorités en matière de prévention. L'analyse des données du Japon suggère qu'une petite proportion

de cas (20 %) a propagé le virus à de nombreux autres, créant des grappes [26]. Sur la base de l'analyse des caractéristiques communes des grappes, les autorités japonaises ont développé un concept appelé les "trois C" pour désigner les lieux et situations à haut risque : 1) les espaces fermés mal ventilés ; 2) les espaces bondés où se trouvent de nombreuses personnes ; et 3) les contacts étroits, tels que les conversations intimes, les acclamations bruyantes, les chants ou l'exercice à courte distance d'autres personnes [26]. Une campagne de sensibilisation de masse a été lancée au Japon pour demander aux résidents et aux visiteurs d'éviter les trois C. Dans certaines situations, les autorités locales ont fermé des lieux avec des environnements qui leur sont liés. La grande épidémie de Covid-19 dans un lycée, qui a commencé 10 jours après la réouverture de l'école, nous met en garde contre le fait qu'un groupe de "trois C" peut se former dans des écoles fortement peuplées [27]. Étant donné que la plupart des pays ne lèvent que lentement les restrictions sur les activités et les rassemblements sociaux, les effets à long terme du maintien des écoles ouvertes sur la transmission communautaire doivent encore être évalués. Cela souligne l'importance d'une mise en œuvre rigoureuse des mesures de prévention lorsque le SARS-CoV-2 circule dans la communauté.

- **Données supplémentaires publiées récemment mettant en évidence des situations diverses selon les pays.**
  - **La situation aux Pays Bas :**  
<https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19>  
Le nombre d'enfants infectés par le nouveau coronavirus est faible. Au cours des deux premières semaines de juin 2020, 3 500 enfants âgés de 0 à 6 ans qui avaient des symptômes de rhume ont été testés. Parmi eux, 0,5 % de ces enfants ont été testés positifs. Ce pourcentage était plus élevé chez les enfants qui ont été testés au cours de la même période s'ils avaient été en contact avec un patient Covid-19 (14,3 %).
  - **La situation aux États-Unis :**  
[https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932e3.htm?s\\_cid=mm6932e3](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932e3.htm?s_cid=mm6932e3)  
La plupart des infections au SARS-CoV-2 signalées chez les enfants âgés de moins de 18 ans sont asymptomatiques ou bénignes. On en sait moins sur les formes graves de Covid-19 chez les enfants nécessitant une hospitalisation. L'analyse des données pédiatriques sur l'hospitalisation de Covid-19 dans 14 états a révélé que, bien que le taux cumulatif d'hospitalisation associée à Covid-19 chez les enfants (8,0 pour 100 000 habitants) soit faible par rapport à celui des adultes (164,5), un enfant hospitalisé sur trois a été admis dans une unité de soins intensifs. Les auteurs analysent les répercussions sur la pratique de la santé publique aux États-Unis. Les enfants peuvent être à risque de Covid-19 sévère. Le renforcement des efforts de prévention est essentiel dans les milieux de rassemblement des enfants, y compris les garderies et les écoles.
- **De la mise à disposition de différentes catégories de masques pour les professionnels au contact de la population générale et les professionnels de santé :**
  - **Masques grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor et respectant les normes de filtration et de respirabilité prévues par la note interministérielle du 29 mars 2020 sur les masques grand public.** Le respect des normes de filtration de cette note est réalisé par des tests auprès "d'organismes compétents" (ex. Direction générale de l'armement (DGA), l'Institut Français Textile Habillement (IFTH), etc.) définis dans cette même note [[https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/enjeux/covid-19/masques\\_reservees\\_a\\_des\\_usages\\_non\\_sanitaires.pdf](https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/enjeux/covid-19/masques_reservees_a_des_usages_non_sanitaires.pdf)]. Les masques grand public peuvent être fabriqués de façon industrielle ou artisanale mais ceux à destination de professionnels au contact de la population doivent garantir leur niveau de performance en termes de filtration. Les masques grand public devraient bénéficier

d'une même dénomination dans toutes les recommandations et fiches techniques pour une meilleure standardisation de leur définition et caractéristiques et une meilleure compréhension de la population générale.

- **Masque à usage médical (dits masques « chirurgicaux ») répondant à la norme EN 14683 :2019, à usage unique.**
- **Appareil de protection respiratoire de type FFP répondant à la norme EN 149 à usage unique.**

#### RAPPEL sur les masques

La performance d'un masque grand public répondant aux spécifications de l'Afnor ou d'un masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 :2019 est testée et validée dans l'objectif de protéger l'entourage immédiat (enfants/élèves ou autre adulte) de celui qui le porte (dans le sens d'une filtration de dedans en dehors).

#### Synthèse sur le risque de transmission du SARS-CoV-2 en milieu scolaire

Les enfants jeunes sont peu à risque de forme grave et peu actifs dans la chaîne de transmission du SARS-CoV-2. Les données de la littérature montrent, à ce stade des connaissances, que le risque de transmission existe principalement d'adulte à adulte et d'adulte à enfant et rarement d'enfant à enfant ou d'enfant à adulte. Les expositions et les transmissions surviennent principalement en intra-famille ou en cas de regroupements sociaux avec forte densité de personnes en dehors des établissements scolaires.

Le port du masque par les adultes dans les classes primaires accueillant des enfants de moins de 11 ans a pour objet principal de protéger les enfants d'une contamination par des adultes porteurs du virus et asymptomatiques.

Le risque connu actuellement de transmission par des enfants à des adultes est faible et permet, dans l'état actuel des connaissances, une protection résiduelle des adultes au contact d'enfants porteurs du virus SARS-CoV-2.

Le HCSP recommande :

#### D'une manière générale

- D'envisager de prévoir une révision de la définition des cas contact en lien avec Santé publique France
- D'identifier un responsable Covid-19 au sein de chaque établissement scolaire et de communiquer la stratégie globale de prévention envers les enfants et leur famille
- De faire respecter :
  - L'ensemble des mesures barrières (distance physique si possible, hygiène des mains régulière, gestes barrières, port de masque) dans les établissements scolaires,
  - Le nettoyage et la ventilation/aération des locaux,
  - La gestion de la densité et le flux des personnes notamment en milieux clos en cette période de forte circulation du virus.
- De promouvoir l'éviction des adultes et des enfants présentant des symptômes compatibles à une infection par le SARS-CoV-2 des établissements scolaires.
- De promouvoir la réalisation d'enquêtes épidémiologiques évaluant les déterminants de la contamination par le SARS-CoV-2 des enfants.

### Concernant le port de masque

- De rendre systématique le port préférentiel d'un masque grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor à destination de professionnels au contact de la population (comme ceux fournis à l'Éducation nationale). Ils sont lavables et réutilisables et garantissent un niveau de performance de filtration équivalent aux masques à usage médical.
- Les masques grand public ne répondant pas aux spécifications de la catégorie 1 de l'Afnor ne sont pas recommandés pour les professionnels au contact des enfants/élèves.
- De rendre systématique pour les enfants > 11 ans le port d'un masque grand public répondant de préférence aux spécifications de la catégorie 1 de l'Afnor.
- De ne pas considérer un adulte encadrant comme contact (en cas de contact-tracing) s'il porte un masque grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor ou un masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 :2019 au contact d'un enfant de moins de 11 ans détecté positif Covid-19 ne portant pas de masque.

### Concernant le contact-tracing en EAJE et école primaire

- De réaliser un contact-tracing
  - Si le cas index Covid-19 positif est un adulte encadrant (symptomatique ou non)
    - En interaction rapprochée/fréquente avec l'enfant
    - Et ne portait pas de masque grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor ou de masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 :2019
  - Ou si 3 enfants de fratries différentes sont positifs Covid-19 dans la même classe (définition cluster)
- De ne pas réaliser un contact-tracing chez les enfants entre 0 et 11 ans si l'adulte Covid-19 positif portait un masque grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor ou un masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 :2019.

### Concernant le contact-tracing au collège et au lycée

- De réaliser un contact-tracing
  - Si le cas index Covid-19 positif est un adulte encadrant ne portait pas de masque,
  - Ou s'il s'agit d'un enfant proche (proximité physique et/ou répétée) symptomatique et sans masque
  - Ou si 3 enfants sont Covid-19 positifs (définition d'un cluster)

### Concernant le retour d'éviction des enfants/élèves

- D'autoriser le retour
  - D'un enfant Covid-19 positif après une éviction de 7 jours ET l'arrêt des signes si l'enfant était symptomatique. Le port de masque pour les enfants < 11 ans n'est pas recommandé au retour dans l'école.
  - D'un enfant après une période d'éviction correspondant à la disparition des signes cliniques banaux évoquant une infection habituelle automno-hivernale, sans la réalisation d'un test virologique diagnostique.
- De ne pas prescrire de test par RT-PCR de SARS-CoV-2 au retour de l'enfant.

**Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles notamment sur les conséquences sur le développement des jeunes enfants à la date de rédaction de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.**

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

*Validé le 17 septembre 2020 par le bureau du Collège du Haut Conseil de la santé publique, 9 membres présents sur 9, aucun conflit d'intérêts signalé, 9 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention.*



## Références

1. Guan, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 382, 1708–1720 (2020).
2. World Health Organization. (2020). Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases: interim guidance, 19 accessed 04 September 2020)
3. Wortham, J. M. et al. *Morbidity and Mortality Weekly Report Characteristics of Persons Who Died with COVID-19-United States.* vol. 69 (2019).
4. Bialek, S. et al. Coronavirus Disease 2019 in Children – United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 69, 422–426 (2020).
5. Ladhani, S. N. et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. *Arch. Dis. Child.* archdischild- 2020-320042 (2020) doi:10.1136/archdischild-2020-320042.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (2020). COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. *European Centre for Disease Prevention and Control* <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission> accessed 04 September 2020)
7. Boast, A. An evidence summary of Paediatric COVID-19 literature. *Dont Forget Bubbles* (2020) doi:10.31440/dftb.24063.
8. Dong, Y. et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics* vol. 145 20200702 (2020).
9. Rajapakse, N. & Dixit, D. Human and novel coronavirus infections in children: a review. *Paediatrics and International Child Health* (2020) doi:10.1080/20469047.2020.1781356.
10. Götzinger, F. et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc. Health* 4, 653–661 (2020).
11. Goldstein, E. & Lipsitch, M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. *medRxiv* 2020.07.19.20157362 (2020) doi:10.1101/2020.07.19.20157362.
12. Viner, R. M. et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv* 2020.05.20.20108126 (2020) doi:10.1101/2020.05.20.20108126.
13. Joint IPA-UNICEF COVID-19 Information Brief. Epidemiology, Spectrum, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women. (<https://ipa-world.org/society-resources/code/images/HjNYEfyuM250.pdf>. accessed 04 September 2020)
14. Fretheim, A. *The role of children in the transmission of SARS-CoV-2 (COVID-19)-a rapid review memo.* -9-
15. Ludvigsson, J. F. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – A systematic review. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* vol. 109 1525–1530 (2020).
16. Park, Y. J. et al. Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020. *Emerg. Infect. Dis.* 26, (2020).
17. Macartney, K. et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc. Health* (2020) doi:10.1016/s2352-4642(20)30251-0.
18. Fontanet, A. et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. *medRxiv* 2020.06.25.20140178 (2020) doi:10.1101/2020.06.25.20140178.
19. Fontanet, A. et al. Cluster of COVID-19 in Northern France: A Retrospective Closed Cohort Study. *SSRN Electron. J.* 2020.04.18.20071134 (2020) doi:10.1101/2020.04.18.20071134.
20. Stein-Zamir, C. et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Eurosurveillance* 25, 2001352 (2020).

21. Torres, J. P. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* (2020) doi:10.1093/cid/ciaa955.
22. Heavey, L., Casey, G., Kelly, C., Kelly, D. & McDarby, G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Eurosurveillance* 25, 2000903 (2020).
23. Ismail, S. A., Saliba, V., Lopez Bernal, J. A., Ramsay, M. E. & Ladhani, S. N. SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: cross-sectional analysis of clusters and outbreaks in England. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.08.21.20178574> (2020) doi:10.1101/2020.08.21.20178574.
24. Levinson, M., Cevik, M. & Lipsitch, M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. *N. Engl. J. Med.* (2020) doi:10.1056/nejmms2024920.
25. Szablewski, C. M. SARS-CoV-2 Transmission and Infection Among Attendees of an Overnight Camp – Georgia, June 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 69, (2020).
26. Blaisdell, L. L. Preventing and Mitigating SARS-CoV-2 Transmission – Four Overnight Camps, Maine, June–August 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 69, (2020).
27. Oshitani, H. & Experts Members of The National COVID-19 Cluster Taskforce at Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Cluster-based approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) response in Japan-February-April 2020. *Jpn. J. Infect. Dis.* (2020) doi:10.7883/yoken.JJID.2020.363.
28. Stein-Zamir, C. et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Eurosurveillance* 25, 2001352 (2020).



## Annexe 1 – Saisine du Directeur général de la santé du 15 septembre 2020

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

**Envoyé :** mardi 15 septembre 2020 08:38

**À :** CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP) <[franck.chauvin@sante.gouv.fr](mailto:franck.chauvin@sante.gouv.fr)>; HCSP-SECR-GENERAL <[HCSP-SECR-GENERAL@sante.gouv.fr](mailto:HCSP-SECR-GENERAL@sante.gouv.fr)>

**Objet :** Saisine HCSP urgente

Monsieur le Président, Cher Franck,

Dans ses avis des 10 juin, 17 juin et 7 juillet 2020, le Haut Conseil de la santé publique CSP a rappelé que les charges virales sont généralement faibles chez les enfants, que la fréquence des formes graves de la COVID chez ces derniers est extrêmement faible et qu'ils sont moins transmetteurs que les adultes. La DGS précise que plusieurs publications scientifiques récentes semblent nuancer cette position et que cette question induit en effet de nombreuses conséquences opérationnelles. Au regard des éléments de la littérature connus à ce jour, le Haut Conseil de la santé publique a préconisé (avis remis à la DGS non encore publié)

- Au sein des écoles élémentaires, le port systématique du masque grand public par les professionnels ;
- Au sein des écoles maternelles et des établissements accueillant des jeunes enfants, le port du masque grand public par les professionnels en fonction du niveau de circulation du virus.

Or, en application de la définition de « personne contact à risque » élaborée par Santé publique France en date du 7 mai 2020, les professionnels exerçant dans les établissements précités sont considérés comme des personnes « contact à risque » dès le 1<sup>er</sup> cas confirmé parmi les enfants, le port du masque pour les enfants de moins de 11 ans n'étant pas à ce stade recommandé. Au regard de l'accélération de la circulation du virus, cette situation est de nature à engendrer la fermeture de nombreuses crèches, classes et écoles. Pour répondre aux inquiétudes légitimes que fait peser une fermeture importante des EAJE et classes, les répercussions au niveau sociétal d'une telle situation pouvant être majeures, l'avis du HCSP est sollicité concernant les questions suivantes en vue de réévaluer la possibilité et la fréquence éventuelle de la transmission du SARS-CoV-2 entre enfants et avec les adultes, en milieu scolaire et en milieu familial. Au regard des évolutions des connaissances, la DGS sollicite de nouveau le HCSP pour répondre aux précisions suivantes :

### S'agissant du port du masque :

- Un professionnel portant un masque grand public ou inclusif, répondant aux normes AFNOR, en contact avec un enfant cas positif, doit-il être considéré comme « contact à risque » ? Y-a-t-il lieu de reformuler les recommandations du HCSP ?

### S'agissant de la stratégie de « contact-tracing » :

- Les enfants de moins de 11 ans paraissant peu contagieux, les autres enfants de la classe, même en l'absence de port de masque, doivent-ils être considérés comme « contact à risque » ? Si oui, doivent-ils être isolés ou non ? Enfin, L'enseignant qui porte un masque grand public type 1 en présence d'une classe au sein de laquelle un enfant est positif doit-il être considéré comme « contact à risque » ?
- Convient-il de distinguer la stratégie de « contact-tracing » en fonction de la tranche d'âge (0-6 ans et 6-11 ans) ?

### S'agissant des indications de réalisation d'un test virologique :

- Préciser ces indications chez les enfants de moins de 6 ans et de 6 à 11 ans en tenant compte de la situation épidémique habituelle automno-hivernale, pouvant entraîner la multiplication de tels prélèvements chez l'enfant « cas suspect » de Covid19 et chez les enfants « personnes contact » ? Pour les enfants « cas suspect » de Covid19, faut-il maintenir (pour tous les âges ?) l'indication du test au moindre symptôme comme pour les adultes ?

Une réponse, au plus tard pour le 16 septembre 2020, m'obligerait beaucoup

D'avance un grand merci !

**Professeur Jérôme SALOMON**  
**Directeur général de la Santé**  
PARIS 07 SP, FRANCE  
[www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)

## **Annexe 2 - Composition du groupe de travail ayant élaboré ces recommandations**

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

- Daniel CAMUS
- Christian CHIDIAC, Président de la CS MIME, Président du comité permanent Covid-19
- Jean-François GEHANNO
- Philippe MINODIER
- Nicole VERNAZZA

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « *système de santé et sécurité des patients* » :

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

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

- Daniel BLEY
- Jean-Marc BRIGNON
- Philippe HARTEMANN
- Yves LEVI
- Francelyne MARANO, vice-présidente de la CS-RE
- Jean-Louis ROUBATY
- Fabien SQUINAZI, copilote du groupe de travail

Membre qualifié de la Commission spécialisée « *Maladies chroniques* »

- Agathe BILLETTE de VILLEMEUR

Représentante de Santé publique France :

- Anne BERGER-CARBONNE

Représentants de l'ANSES

- Nicolas ETERRADOSSI
- Gilles SALVAT

Experts extérieurs au HCSP

- Brigitte MOLTRECHT, DGESCO, Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports
- Éric GAFFET, UMR 7198, CNRS - Université de Lorraine

### **Secrétariat général du HCSP**

- Ann PARIENTE-KHAYAT
- Soizic URBAN-BOUDJELAB

**Annexe 3 – Experts auditionnés représentant la Société française de Pédiatrie le 16 septembre 2020**

- Christèle GRAS-LE GUEN, Secrétaire Générale
- Élise LAUNAY, Présidente du Groupe de Pédiatrie Générale sociale et environnementale

Le 17 septembre 2020

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)