



Stratégie de gestion des cas possibles, des cas confirmés, des contacts à risques et des clusters dans les accueils collectifs de mineurs

Sommaire

I.	Définitions et préconisations	2
II.	Anticipation de la gestion de ces cas par l'organisateur de l'accueil	7
III.	Rôle des CPAM et des agences régionales de santé	7
IV.	Spécificités des accueils avec hébergement	8
V.	Protocole de remontée de l'information	8

L'identification des personnes contacts à risque lors de la survenue d'un cas confirmé de Covid-19 (ou contact-tracing) permet de rompre les chaînes de transmission et participe à la limitation de la diffusion du virus.

Pour préserver la santé des mineurs en accueils collectifs, des encadrants et de la population générale, une grande réactivité dans les décisions et les mesures à prendre est nécessaire.

L'objet de ce document est de préciser les rôles des différents intervenants dans la gestion des différentes situations possibles dans un objectif de coordination et de réactivité.

Il encadre la réouverture des accueils collectifs de mineurs (ACM) à compter de la rentrée scolaire 2021-2022.

I. Définitions et préconisations

Les définitions suivantes s'appuient sur les définitions de cas et de contacts revues par Santé publique France (SpF) le 30 août 2021 pour tenir compte de l'émergence et de la diffusion de nouveaux variants caractérisés par une transmissibilité plus élevée et de l'augmentation de la couverture vaccinale anti-COVID-19. Celles-ci peuvent être amenées à évoluer à tout moment en fonction des informations disponibles.

Cas confirmé :

Personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique, confirmant l'infection par le SARS-CoV-2¹ par un test RTPCR, RT-LAMP, tests antigénique ou sérologie de rattrapage.

En cas de résultat positif par un TAG, une RT-PCR de diagnostic doit être réalisée dans les 24h suivant le TAG. Si le résultat de diagnostic obtenu par cette RT-PCR et celui du TAG sont discordants, c'est celui de la RT-PCR qui doit être retenu.

Cas possible :

Toute personne, quel que soit son statut vaccinal, ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de Covid-19.

Les personnes ayant réalisé un autotest qui se révèle positif devront adopter la conduite à tenir proposée pour les cas possibles (dans l'attente de la réalisation d'un test de confirmation par RT-PCR).

Cas probable :

Toute personne présentant des signes cliniques et des signes visibles en tomo-densitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

Personne contact à risque élevé :

Selon la définition de Santé publique France, est contact à risque élevé² toute personne non complètement vaccinée ou présentant une immunodépression grave ayant eu un contact direct avec un cas confirmé dans l'une des situations suivantes, en l'absence de mesure(s) de protection efficace (masque porté par le cas OU la personne contact de types chirurgical ou FFP2 ou en tissu grand public avec un niveau de filtration supérieur à 90% ou grand public en tissu réutilisable possédant une fenêtre transparente homologuée par la Direction générale de l'armement) :

¹ Définition complète sur le site de Santé publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>

² Signes cliniques évocateurs de COVID-19 : infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre, ou toute autre manifestation clinique suivante, de survenue brutale, selon l'avis du HCSP relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du COVID-19 :

- En population générale : asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie.
- Chez les enfants : tous les signes suscités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée.

Les rhinites seules ne sont pas considérées comme des symptômes évocateurs de Covid-19.

- ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque négligeable ;

- ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable ;

- ayant partagé un espace intérieur (salles de classe, bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, table de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24 heures avec un cas confirmé ou probable, ou étant resté en face à face avec un cas confirmé ou probable durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

Personne-contact à risque modéré :

Toute personne sans immunodépression grave ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination placée dans l'une des situations mentionnées ci-dessus en l'absence de mesure de protection efficace.

Personne-contact à risque négligeable

Toute personne ayant un antécédent confirmé d'infection par le SARS-CoV-2 datant de moins de 2 mois placée dans l'une des situations mentionnées ci-dessus en l'absence de mesure de protection efficace. Les contacts à risque négligeable ne font pas l'objet de mesures d'isolement ou de quarantaine, et n'ont pas à réaliser de test contrairement aux contacts à risque modérés ou élevés.

Masque :

Seront considérés ci-après comme masques garantissant un niveau de filtration élevé et comme suffisamment protecteurs, et conformément au décret du 1^{er} juin 2021 modifié, uniquement les masques chirurgicaux ou les masques grand public ayant une capacité de filtration supérieure à 90% (ancien masque grand public de catégorie 1). Sont également considérés suffisamment protecteurs les masques grand public en tissu réutilisables possédant une fenêtre transparente homologués par la Direction générale de l'armement. La mention du masque dans le reste du protocole fait référence à ces catégories de masque.

Les masques grand public en tissu de catégorie 2, les masques en tissu « maison » ou de fabrication artisanale ne répondant pas aux normes AFNOR SPEC S76 001 ainsi que les visières et masques en plastique transparent portés seuls ne sont plus considérés comme des mesures de protection suffisamment efficaces.

Cluster ou cas groupés :

Survenue d'au moins 3 cas (enfant de fratrie différente ou adulte) confirmés dans une période de 7 jours et qui appartiennent à une même classe ou ACM ou ayant participé aux mêmes activités (restauration, récréation etc.).

Chaîne de transmission :

Séquence identifiée d'au moins 3 personnes malades successivement ([1 puis 2] ou [1 puis 1 puis 1]) dont une au moins est un cas confirmé et pour lesquelles la chronologie de leurs contacts est cohérente avec une transmission du virus entre elles (délai entre 2 cas d'environ 4 à 7 jours).

II. Modalité de gestion des cas possibles, des cas confirmés et des différentes catégories de personnes contact

1. Gestion d'une personne présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19 (cas possible)

Un mineur ou un encadrant qui présente des symptômes évocateurs de Covid-19 ou en cas d'autotest positif doit s'isoler dans l'attente de la réalisation d'un test diagnostique et ne pas ne doit pas prendre part à l'accueil. Le directeur ou le responsable de l'accueil doit en être informé même en l'absence de symptômes, y compris s'il est totalement vacciné ou qu'il a été infecté par la Covid-19 depuis moins de 2 mois (isolement dans l'attente du résultat du test).

Dans les situations où un mineur ou un encadrant présente des symptômes évocateurs d'une infection à la Covid-19 au sein de l'accueil, la conduite à tenir est la suivante :

- isolement dans une pièce de l'accueil avec port d'un masque chirurgical (à défaut, un masque grand public filtration >90%) sauf pour les mineurs de moins de six ans, de la personne symptomatique dans l'attente de la prise en charge médicale ;
- éviction de la personne symptomatique par le directeur ou le responsable de l'accueil. Cette éviction est une mesure de gestion appliquée aux cas possibles, dans l'attente de la confirmation par test RT-PCR ou antigénique ;
- information du mineur, de ses représentants légaux ou de l'encadrant par le directeur ou le responsable de l'accueil des démarches à entreprendre (consultation du médecin traitant ou de la plateforme Covid-19) ;
- si le mineur et l'encadrant ont participé à l'accueil : délocalisation temporaire (dans la mesure du possible) du lieu d'activité avant nettoyage et désinfection de ce dernier ;
- nettoyage et désinfection des lieux de vie concernés puis aération et ventilation renforcées.

Dans l'attente des résultats, les activités sont maintenues en poursuivant avec attention les mesures du protocole sanitaire. Une communication externe n'est pas indispensable à ce stade.

Le directeur ou le responsable de l'accueil incite les représentants légaux ou l'encadrant concerné à lui transmettre les informations nécessaires au suivi de la situation (confirmation/infirmation du cas).

A défaut d'information, le mineur ou l'encadrant ne pourra participer de nouveau à l'accueil qu'après un délai de 10 jours.

A ce stade, le responsable de l'accueil peut anticiper l'identification de tous les contacts à risque au sein de l'accueil. Cela permet de gagner en réactivité lors de la confirmation du cas.

2. Gestion des cas confirmés

Il appartient aux responsables légaux d'informer le directeur ou le responsable de l'accueil qu'un mineur est un cas confirmé.

Le mineur ou l'encadrant cas confirmé doit s'isoler et ne doit pas prendre part à l'accueil avant un délai d'au moins 10 jours :

- à partir du début des symptômes pour les cas symptomatiques ;
- et à partir de la date du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques.

Si le mineur ou l'encadrant a toujours de la fièvre au 10ème jour, l'isolement se poursuit jusqu'à 48h après la disparition de celle-ci.

Le retour au sein de l'accueil des cas confirmés n'est pas conditionné par la réalisation d'un test PCR ou antigénique. Il est en effet possible d'excréter des résidus de virus après le 10ème jour qui ne sont plus contaminants, mais qui peuvent conduire à un test positif pendant plusieurs semaines. C'est pour cette raison que les personnes ayant eu un test positif dans un délai inférieur à deux mois sont considérées comme contacts à risque négligeable. Le retour au sein de l'accueil des cas confirmés se fait sous réserve de la poursuite, pendant une période de 7 jours, du respect strict du port du masque chirurgical (cf. supra) et des mesures barrières, en particulier dans les situations où le port du masque ne pourra être assuré en continu (restauration, sports etc.). Toutefois, cette obligation du port du masque ne s'applique pas aux mineurs de moins de six ans. Pendant cette période de 7 jours, des

mesures complémentaires seront mises en œuvre dans la mesure du possible notamment à la cantine et en matière de distanciation.

- **Apparition d'un cluster**

En règle générale, il convient de s'en tenir au strict respect des mesures d'isolement des cas confirmés et de quarantaine des personnes contacts à risque.

L'organisateur de l'accueil alerte sans délai l'ARS lors de la survenue de 3 cas rapprochés dans le temps dans un groupe de mineurs en ACM ou ayant participé aux mêmes activités : restauration, récréation... (définition d'un cluster, pouvant traduire une circulation active du virus dans le groupe ou l'ACM entier).

Les mesures de gestion d'un cluster, dont, par exemple, la décision de suspension de l'accueil des mineurs, sont déterminées en fonction de la situation et d'une analyse partagée entre les différents acteurs prenant part à la gestion de la situation (organisateur, ARS, préfecture).

3. Gestion des personnes- contacts à risque (élevé, modéré et négligeable)

Il appartient au responsable de l'accueil d'alerter l'ARS de la survenue d'un cas confirmé dans sa structure. L'ARS valide le périmètre du contact-tracing.

a) Conduite à tenir lors de la survenue d'un cas confirmé dans un ACM

- **Situation du groupe de mineur concerné : suspension des activités du groupe dès le premier cas**

Dans les ACM, la survenue d'un cas confirmé déclaré parmi les jeunes reçus conduit à la suspension des activités du groupe de mineurs concerné (quel que soit leur statut vaccinal et leur antécédent de Covid-19) dans les meilleurs délais et au plus tard le lendemain, pour une durée de 7 jours à partir du dernier contact à risque avec le cas confirmé.

La décision conservatoire de suspension du groupe est prise par le directeur ou le responsable de l'accueil. Les responsables légaux des mineurs sont immédiatement informés, et la conduite à tenir leur est précisée. Cette information vaut justificatif de la suspension du groupe.

Les mineurs (à l'exception de ceux ayant un antécédent de covid-19 de moins de 2 mois) doivent réaliser immédiatement un test de dépistage RT-PCR, RT-LAMP ou antigénique sur prélèvement nasopharyngé (pour les enfants de moins de 6 ans, un prélèvement salivaire peut être réalisé si le prélèvement nasopharyngé est difficile ou impossible). Si le test est positif, le mineur devient un cas confirmé. Si le test est négatif, il doit respecter une quarantaine de 7 jours et réaliser un second test en fin de quarantaine. Les enfants vaccinés ou ayant un antécédent de covid de moins de deux mois font l'objet d'une éviction du groupe mais ne sont pas soumis à quarantaine en dehors de celui-ci dès lors qu'ils sont considérés comme des personnes contacts à risque modéré ou négligeable (cf. supra).

A l'issue de la période de fermeture, les responsables légaux des mineurs **non vaccinés** devront attester sur l'honneur de la réalisation d'un test par ce dernier et du résultat négatif de celui-ci. En l'absence d'une telle attestation, la quarantaine du mineur sera maintenue jusqu'à la production de cette attestation ou à défaut pour une durée maximale de 14 jours, sauf pour les mineurs de moins de six ans.

L'apparition d'un cas confirmé parmi les personnels n'implique pas la suspension du groupe si le port du masque durant tout le contact est effectif.

- **Situation des mineurs d'autres groupes et des personnels : identification des contacts à risque**

Il appartient au responsable de l'accueil d'assurer l'identification des contacts à risque parmi les personnels et parmi les mineurs en dehors du groupe et de lister leurs coordonnées, en lien avec les

autorités sanitaires et les plateformes de l'Assurance Maladie (CPAM), en charge du contact-tracing. Toutefois, dans la mesure du possible, l'éducation nationale assurera, en lien avec la collectivité territoriale de rattachement, le contact-tracing sur le temps de cantine.

L'ARS valide le périmètre des personnes incluses dans le contact-tracing et aide si besoin l'établissement à l'identification des contacts à risque. Le directeur ou le responsable de l'accueil établit une liste des contacts à risque identifiés et de leurs coordonnées.

L'identification des contacts à risque d'un cas asymptomatique se fait sur la période allant de 7 jours avant la date du prélèvement positif jusqu'au jour de l'isolement du cas confirmé.

Si le cas confirmé est symptomatique et que la date de début des symptômes est connue, alors l'identification se fera sur la période allant de 48h avant le début des signes jusqu'au jour de l'isolement.

Le nom du/des cas confirmé(s) n'est jamais divulgué.

Le responsable de l'accueil contacte, dans la mesure du possible, le cas confirmé (selon le cas le mineur ou ses responsables légaux / le personnel) afin d'identifier les personnes avec lesquelles celui-ci a eu un contact rapproché durant le temps d'accueil notamment à la cantine, sans mesure de protection efficace.

Il transmet de manière sécurisée une liste à l'ARS ou à la plateforme de l'assurance maladie (CPAM) avec en copie l'ARS, suivant les organisations locales, au plus tard le lendemain de l'apparition du cas confirmé au sein de l'accueil.

Il appartient au responsable de l'accueil de prévenir les responsables légaux des mineurs, que suite à un cas confirmé dans l'accueil leur enfant est contact à risque et :

- S'il n'a pas un schéma vaccinal complet ou si son schéma vaccinal a compté 3 doses en raison d'une immunodépression : le mineur est contact à risque élevé, et doit en conséquence réaliser un test immédiatement et être isolé durant une période de 7 jours à compter de la date de dernier contact à risque, à l'issue de laquelle un nouveau test doit être réalisé ;
- S'il est totalement vacciné ou s'il a contracté la COVID durant les deux derniers mois : l'enfant, contact à risque modéré ou négligeable, peut revenir au sein de l'accueil tout en veillant à respecter scrupuleusement les gestes barrières.
- S'il est contact à risque modéré, il doit réaliser un test immédiatement et au terme d'une période de 7 jours à compter de la date du dernier contact à risque (voir infra Dépistages (tests)).

Le parent dont l'enfant revient immédiatement au sein de l'accueil, doit réaliser une déclaration sur l'honneur attestant que leur enfant répond à la définition du contact à risque modéré ou négligeable.

L'ARS ou la CPAM contacte les responsables légaux pour déterminer le statut de contact à risque et la nature du risque (élevé, modéré ou négligeable) ainsi que la conduite à tenir au vu des risques encourus.

Le retour dans la structure des mineurs concernés par la mesure d'éviction ne pourra se faire que s'ils remplissent les conditions attendues des contacts à risques définies ci-dessous.

Les élèves des écoles maternelles et primaires, identifiés comme contacts à risque suite à une **fermeture de classe**, doivent respecter la mesure d'isolement³ et ne peuvent donc participer aux activités des ACM.

³ La période d'isolement prévue par la stratégie de gestion des cas possibles, des cas confirmés, des contacts à risque et des clusters dans les écoles et les établissements scolaires.

b) Dispositions applicables aux personnes contacts à risque

▪ Dépistages (tests)

Les mineurs et les encadrants contacts à risque élevé ou modéré doivent réaliser immédiatement un test de dépistage RT-PCR, RT-LAMP ou antigénique sur prélèvement nasopharyngé (pour les enfants de moins de 6 ans, un prélèvement salivaire peut être réalisé si le prélèvement nasopharyngé est difficile ou impossible). Si le test est positif, l'élève devient un cas confirmé.

Si le test est négatif, le mineur ou l'encadrant contact à risque élevé doit respecter une quarantaine de 7 jours après le dernier contact à risque avec le cas confirmé et réaliser un second test en fin de quarantaine. Le mineur ou l'encadrant contact à risque modéré n'est pas soumis à quarantaine mais doit réaliser un second test 7 jours après le dernier contact à risque et respecter les gestes barrières et dans la mesure du possible limiter ses interactions sociales.

Si la personne contact à risque vit sous le même toit que le cas confirmé, un test doit être réalisé immédiatement pour s'assurer que le contact n'est pas déjà un cas, puis un nouveau doit être réalisé 7 jours à partir de la date de guérison du cas confirmé pour lever la quarantaine (soit à J17).

▪ Retour au sein de l'accueil après quarantaine des personnes contact à risque élevé

Le retour au sein de l'accueil des personnels et des mineurs (de six ans et plus) contacts à risque élevé ne peut se faire qu'après obtention d'un résultat de test négatif réalisé au bout de 7 jours à partir du dernier contact avec le cas confirmé. Les responsables légaux du mineur devront attester sur l'honneur de la réalisation d'un test par ce dernier et du résultat négatif de celui-ci. En l'absence d'une telle attestation, la quarantaine sera prolongée jusqu'à la production de celle-ci ou à défaut jusqu'à 14 jours.

Le retour au sein de l'accueil se fait, sous réserve de la poursuite du respect strict des mesures barrières et du port rigoureux du masque pendant une période de 7 jours, conformément aux préconisations des autorités sanitaires. Toutefois, cette obligation du port du masque ne s'applique pas aux mineurs de moins de six ans.

III. Anticipation de la gestion de ces cas par l'organisateur de l'accueil

Afin de faciliter les potentielles démarches de recherche de cas (traçage), il est attendu des responsables des accueils de :

- tenir à jour les coordonnées des mineurs et de leurs responsables légaux (nom, prénom, date de naissance du mineur, numéro de téléphone et adresse courriel des responsables légaux) ;
- s'assurer de la possibilité de mise en œuvre des modalités d'éviction des cas possibles (dans l'attente du résultat du test), des cas probables ou confirmés et des personnes contacts à risque ;
- s'assurer, en lien avec le référent Covid-19 au sein de l'accueil, des circuits d'informations des responsables légaux et des personnels en cas de survenue de cas probables ou confirmés selon les modalités présentées ci-après ;
- prendre des contacts avec les responsables scolaires pour partager les informations ;
- être en capacité de déterminer les personnes contacts à risque dans les conditions définies ci-après.

IV. Rôle des CPAM et des agences régionales de santé

Le responsable de l'accueil met en place des mesures de quarantaine des personnes contact à risque.

Les ARS sont informées de tout cas survenant dans les ACM, afin de pouvoir apporter leur concours à l'identification des personnes contacts à risque au sein de l'établissement.

Les ARS valident le périmètre des personnes incluses dans le contact-tracing. S'il existe des évolutions sur la liste des contacts à risque, cette liste est transmise à l'ARS par le responsable de l'accueil (ou à la plateforme de contact-tracing de l'assurance maladie suivant les accords locaux).

Les mineurs et les personnels identifiés comme contacts à risque, reçoivent une information de la part de l'Assurance maladie qui :

- notifie le cas échéant la mesure de quarantaine ;
- précise les consignes de dépistage ;
- et propose les modalités d'accompagnement possibles.

Cette notification a valeur de justificatif de la décision d'isolement ou de quarantaine et donc de suspension de l'accueil du mineur au sein de l'accueil.

En cas de cluster, l'ARS participe en lien avec le responsable de la structure et la préfecture à la mise en place de mesures de gestion, dont, par exemple, la réalisation d'une campagne de test ou la décision de suspension de l'accueil des mineurs, Ces mesures sont déterminées en fonction de la situation

Pour faciliter ces démarches, il est attendu des ARS qu'elles partagent la liste du ou des contacts régionaux et/ou départementaux en charge du contact-tracing (ARS et plateforme assurance maladie) avec les services de l'éducation nationale et les organisateurs d'ACM, et participent aux éventuelles réunions de coordination interservices.

V. Spécificités des accueils avec hébergement

Les mêmes décisions d'éviction doivent être prises, le cas échéant, pour les mineurs participants à un accueil avec hébergement. A cet effet, les responsables légaux agissent pour prendre en charge le mineur concerné dans les meilleurs délais.

Il convient, dans cette attente, d'isoler la personne malade dans le lieu dédié à cet effet prévu à l'article R.227-6 du code de l'action sociale et des familles.

A ce titre, elle ne doit pas se rendre dans les zones de vie collective (restauration, pièce de vie, etc.). Si elle ne dispose pas de sanitaire individuel (douche et toilettes), il convient de lui réserver des sanitaires. Les sorties de sa chambre sont limitées au strict nécessaire, et ont lieu en l'absence de tout autre participant au séjour (pour éviter tout contact).

Dès que la personne malade est en présence d'une personne, elle doit porter un masque chirurgical. Ces moments sont réduits au strict minimum. Tout est mis en œuvre pour que la personne malade puisse se restaurer dans sa chambre.

Lorsqu'un cas confirmé est hébergé dans accueil avec hébergement, la liste des personnes susceptibles d'être contacts à risque doit intégrer les mineurs partageant la même chambre et les mêmes espaces collectifs ainsi que les personnels concernés.

Dans la mesure du possible, les précautions suivantes sont prises jusqu'à la décision d'interruption éventuelle de cet accueil :

- la fermeture des espaces communs non essentiels ;
- la limitation des sorties et port du masque obligatoire au sein des parties communes dont l'ouverture est maintenue, quelle que soit la distanciation.

VI. Protocole de remontée de l'information

L'organisateur de l'accueil doit informer l'établissement scolaire fréquenté par le mineur présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19 ou cas possible ou confirmé de cette situation.

Le directeur ou le responsable de l'accueil doit informer le service chargé du suivi des ACM dans le département compétent, en cas de personnes suspectées d'être atteintes de la Covid 19 ou avérées être atteintes de cette maladie dans ces structures.

Ces informations sont, par suite, transmises à la direction de la jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA) qui les adresse au centre ministériel de crise du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.