

Stratégie de gestion des cas COVID+, des contacts à risque et des clusters dans un établissement d'enseignement supérieur ou de recherche

Version 1 rentrée 2021, 3/09/2021

L'objectif de ce protocole sanitaire est d'énoncer un certain nombre de mesures visant à **limiter au maximum la diffusion du virus** en brisant les chaînes de transmission **le plus rapidement possible**. Le présent protocole actualise celui de septembre 2020. Il est applicable à la rentrée 2021.

Toutes ces mesures tendent à :

- une identification des personnes contacts à risque autour de la survenue d'un cas confirmé de Covid-19 (ou contact-tracing) et à une détection et un contrôle des cas groupés (cluster) dans un temps le plus court possible,
- une coordination et des échanges d'information entre les autorités sanitaires (ARS et CPAM), la préfecture et l'enseignement supérieur (rectorat de région académique, établissement, service de santé universitaire) afin de pouvoir prendre des décisions et des mesures adaptées à chaque situation.

I - Définitions

Les définitions suivantes s'appuient sur les définitions des cas et contacts établie par Santé publique France en date du 22/07/2021. Celles-ci peuvent évoluer à tout moment en fonction des informations disponibles¹.

- **Cas confirmé** : Personne, symptomatique ou non, avec un résultat de test RT-PCR ou de test antigénique (TAG) nasopharyngé ou sérologie (dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage) confirmant l'infection par le SARS-CoV-2.

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

Un « auto-test » positif doit de même être suivi dans les 24h d'un test RT-PCR pour confirmer ou infirmer l'infection.

La prise en charge d'un cas confirmé est indépendante de son statut vaccinal, en raison de la possibilité d'un échec vaccinal.

- **Cas probable**

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

- **Cas possible** : Toute personne, quel que soit son statut vaccinal, présentant des signes cliniques évocateurs de la Covid-19², ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes.

¹ Voir les fiches « Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19) et des personnes-contacts à risque » et « Conduite à tenir devant un cas d'infection par le SARS-CoV-2 (COVID-19) » disponibles sur <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>

² 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 : fatigue inexpliquée,

La prise en charge d'un cas possible est indépendante de son statut vaccinal, en raison de la possibilité d'un échec vaccinal.

▪ **Contact à risque :**

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :

• **Personne-contact à risque élevé :** toute personne n'ayant pas reçu un schéma complet de primovaccination³ **OU** ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis **moins de 7 jours** (vaccins Cominarty® de Pfizer, COVID-19 Vaccine Moderna®, Vaxzeria® d'Astra Zeneca et Covishied® d'Astra Zeneca) ou **moins de 4 semaines** (vaccin Covid-19 vaccin Janssen®) **OU** atteinte d'une immunodépression grave, c'est – à –dire présentant une affection le rendant éligible à une 3e dose de primo-vaccination, même si celle-ci a déjà été administrée (liste d'affections définies dans l'avis du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale du 6 avril 2021)⁴ **ET**

- Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes contacts à risque négligeable, ou ; -

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

- Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h 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 **depuis au moins 7 jours** (vaccins Cominarty® de Pfizer, COVID-19 Vaccine Moderna®, Vaxzeria® d'Astra Zeneca et Covishied® d'Astra Zeneca) ou **au moins 4 semaines** (vaccin Covid19 vaccin Janssen®) **ET**

- Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;

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

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

• **Personne-contact à risque négligeable :**

- Toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par un test RT-PCR, un TAG nasopharyngé ou une sérologie datant de moins de 2 mois⁵ ;

- Toutes les autres situations de contact.

Sont considérés comme des mesures de protection efficaces :

- Séparation physique isolant la personne-contact du cas confirmé ou probable en créant deux espaces indépendants (vitre, Hygiaphone®);

- Masque chirurgical, ou FFP2, ou en tissu « grand public filtration supérieure à 90% » (correspondant à la catégorie 1 (AFNOR)), porté par le cas confirmé ou probable **OU** la personne-contact.

douleurs musculaires inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; trouble ou perte de l'odorat ; perte ou trouble du goût.

³ Soit une, deux ou trois doses selon le vaccin, un éventuel antécédent documenté d'infection et l'existence d'une immunodépression grave

⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_du_cosv_6_avril_2021pdf.pdf

⁵ Il s'agit du délai durant lequel le risque de réinfection par le SARS-CoV-2 paraît négligeable à ce jour pour. Il pourra évoluer en fonction des informations disponibles. Ce délai diffère de celui du pass sanitaire qui a un objectif différent, collectif et préventif, de limiter les risques lors de rassemblements de personnes, pour lesquelles une exposition à un cas n'est pas certaine.

Ne sont pas considérés comme mesures de protection efficaces :

- Masques en tissu grand public de catégorie 2 ;
- Masques en tissu « maison » ou de fabrication artisanale ne répondant pas aux normes AFNOR ;
- Visières et masques en plastique transparent portés seuls ;
- Plaque de plexiglas posée sur un comptoir, rideaux en plastique transparent séparant clients et commerçants

- **Cluster ou cas groupés : Survenue d'au moins 3 cas (étudiants ou personnels)** confirmés dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à un même unité géographique/unité de vie (**groupe de TD, niveau, UFR, etc. selon le cas**). Si 3 cas dans un UFR n'ont aucun lien entre eux, il ne s'agit pas d'un cluster.

Le périmètre de contact-tracing pertinent est déterminé conjointement par l'ARS (région ou délégation départementale **selon l'organisation mise en place localement**) et l'établissement, et le cas échéant, les CROUSS ou les associations étudiantes.

- **Chaîne de transmission**⁶ : 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).

- **Isolement**⁷ : Mesure de gestion appliquée aux cas possibles (dans l'attente de la confirmation par test RT-PCR ou antigénique) et aux cas confirmés.

- Durée de l'isolement pour un cas confirmé symptomatique : 10 jours pleins à partir du début des symptômes. La levée de l'isolement doit prendre en compte l'absence de fièvre au 10^{ème} jour. Si la personne reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après disparition de la fièvre. Dans cette situation, la personne doit se rapprocher de son médecin traitant pour investiguer la persistance de la fièvre.
- Durée de l'isolement pour un cas confirmé asymptomatique : 10 jours pleins à partir de la date du premier prélèvement positif. Si des symptômes apparaissent au cours de cette période, cela signifie que la personne a été dépistée pendant la phase pré-symptomatique et qu'il faudra donc allonger la période d'isolement afin qu'elle dure 10 jours pleins à compter du premier jour d'apparition des signes cliniques. La levée de l'isolement se fait dans les mêmes conditions que précédemment (soit 48h après disparition de la fièvre).

L'isolement est effectué à domicile. Si l'isolement à domicile n'est pas possible ou que la situation de la personne laisse présager un fort risque de propagation (domicile ou nombre d'habitants peu propice à un isolement réel, notamment en cas de colocation), une solution d'hébergement peut être proposée via la Cellule territoriale d'appui à l'isolement (CTAI).

Pendant 7 jours suivant la fin de l'isolement, il est recommandé à la personne guérie de continuer à observer les gestes barrière et de porter le masque, y compris dans la sphère privée, d'éviter de fréquenter des personnes à risque de développer une forme grave de COVID-19, d'éviter de fréquenter les transports en commun, de respecter une réduction volontaire des interactions sociales, et de privilégier le télétravail.

- **Quarantaine : mesure de gestion appliquée aux contacts à risque élevé** (personnes non vaccinées ou schéma de primovaccination⁸ incomplet ou immunodépression grave) :

⁶ La définition précise des clusters et chaînes de transmission figure dans le guide d'investigation des clusters :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19>

⁷ <https://www.ameli.fr/paris/assure/covid-19/isolement-principes-et-regles-respecter/isolement-principes-generaux>

⁸ schéma complet de vaccination, avant des rappels éventuels

Ces personnes-contacts à risque élevé doivent :

- Réaliser immédiatement un test de dépistage (RT-PCR ou TAG) ;
- Respecter une quarantaine de 7 jours (septaine) après la date du dernier contact à risque avec le cas confirmé ;
- Informer de leur statut les personnes avec qui elles ont été en contact à partir de 48h après leur dernière exposition à risque avec le cas confirmé et leur recommander de limiter leurs contacts sociaux et familiaux (contact-warning) ;
- Réaliser une auto-surveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (RT-PCR ou TAG) immédiat en cas de symptômes ;
- Réaliser un second test de dépistage (RT-PCR ou TAG) 7 jours après la date du dernier contact à risque avec le cas.

La septaine peut être réalisée au domicile, si les conditions le permettent.

Dans cette situation, la quarantaine des personnes-contacts vivant sous le même toit que le cas confirmé initial prend fin 17 jours⁹ à partir de la date de début des signes du cas (ou la date du prélèvement diagnostique pour les cas asymptomatiques).

Si la quarantaine stricte à domicile n'est pas possible, une solution d'hébergement peut être proposée via la CTAI. Cette solution est à privilégier pour les personnes contacts avec une immunodépression grave.

- **Absence de quarantaine pour les personnes-contacts avec un schéma vaccinal complet (sans immunodépression grave) ou présentant un antécédent de covid de moins de 2 mois.**

Ces personnes-contacts sont considérées à risque modéré mais **elles doivent réaliser immédiatement un test de dépistage** (RT-PCR ou TAG) en raison du risque résiduel d'infection par le SARS-CoV-2, quel que soit le variant viral ayant infecté leur cas index. Elles doivent respecter les autres mesures destinées à briser les chaînes de transmission,

Deux cas de figure se présentent alors :

- **Si le résultat du test est positif**, → procéder à un **isolement** (voir le détail des mesures décrites ci-dessus « isolement ») et informer de son statut les contacts récents
- **Si le résultat du test est négatif** → l'isolement n'est pas nécessaire mais il est recommandé de **respecter les mesures barrières** avec toutes les personnes de l'entourage **pendant une semaine puis il faut effectuer un test de contrôle** (voir détails ci-après)
 - Informer de leur statut les personnes avec qui elles ont-elles-mêmes été en contact à partir de 48h après leur dernière exposition à risque avec le cas confirmé et leur recommander de limiter leurs contacts sociaux et familiaux (contact-warning) ;
 - Mettre en œuvre strictement l'ensemble des autres mesures barrières jusqu'à J7 après le dernier contact avec le cas index, et notamment :
 - limiter les interactions sociales dans la mesure du possible, en particulier dans les ERP où le port du masque n'est pas possible (éviter dans la mesure du possible les restaurants universitaires et la pratique de sports collectifs ne garantissant pas le respect d'une distanciation physique de 2 mètres), et éviter tout contact avec des personnes à risque de forme grave même si elles sont vaccinées ;
 - porter un masque de catégorie 1 ou chirurgical dans l'espace public ;
 - pour les personnes-contacts partageant le même domicile que le cas (dites « domiciliaries »), porter un masque au domicile.

⁹ Ce délai tient compte de la durée maximale de contagiosité du cas index, soit 10 jours, allongée des 7 jours de septaine après la fin de la période de contagiosité pour les personnes vivant sous le même toit que le cas.

- Réaliser une auto-surveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (RT-PCR ou TAG) immédiat en cas de symptômes ;
- Réaliser un second test de dépistage (RT-PCR ou TAG) 7 jours après la date du dernier contact à risque avec le cas, soit pour les personnes-contacts vivant sous le même toit que le cas index, 17 jours après la date de début des signes du cas (ou la date de prélèvement diagnostique pour les cas asymptomatiques).

II – Actions à mettre en œuvre

1) Coordination ARS – rectorats – établissements d'enseignement supérieur – CROUS-CPAM

Pour la mise en œuvre des actions ci-dessous, les ARS (région ou délégations départementales selon l'organisation mis en en place localement) communiquent aux établissements d'enseignement supérieur et CROUS de leur ressort, via les recteurs de région académique, les coordonnées des référents dédiés pour l'enseignement supérieur, et participent aux éventuelles réunions de coordination interservices. Les rectorats transmettent aux ARS les coordonnées des référents en charge du contact-tracing dans les établissements et les CROUS. Les rectorats de région peuvent prendre toute initiative permettant de faciliter la coopération entre établissements et ARS. Les ARS communiquent également les coordonnées des PFCT (CPAM) pour faciliter le partage d'information et les liens directs entre les services en charge du contact tracing dans les établissements et les CPAM.

Les établissements d'enseignement supérieur conviennent avec l'ARS (région ou délégation départementale selon l'organisation mise en place localement) une actualisation de leurs modalités de coopération en matière de contact tracing en cas de cluster, définissant le rôle de l'établissement (cf. point 4).

2) Gestion d'une personne présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19

Un étudiant ou un personnel qui présente des symptômes évocateurs de Covid-19 en dehors de l'établissement ne doit pas se rendre dans ce dernier. Afin de rompre la chaîne de transmission, les étudiants et agents doivent informer leur établissement de leur situation.

Si un étudiant ou un personnel présente des symptômes évocateurs d'une infection à la Covid-19 au sein de l'établissement, la conduite à tenir est la suivante en lien avec la médecine du travail / le Service de santé (SSU personnel/étudiant pour les universités) :

- Isolement immédiat de la personne symptomatique avec port du masque chirurgical dans le respect des mesures barrières, dans l'attente du retour à domicile ou d'une prise en charge médicale ;
- Confirmation par le chef d'établissement, en lien notamment avec le personnel de santé de l'établissement, de l'éviction de la personne symptomatique ;
- Information de la personne sur les démarches à entreprendre (consultation du médecin traitant, du SSU, SAMU-Centre 15 en cas de signes de gravité ou d'absence de médecin traitant, participation à la recherche des contacts à risque lors de l'appel de l'Assurance Maladie...), si nécessaire avec l'aide des personnels de santé ou sociaux de l'établissement;
- Nettoyage et désinfection et aération des lieux d'enseignement et de vie et des espaces de travail concernés

Dans l'attente des résultats, **les activités de l'établissement se poursuivent. Aucune communication externe** n'est nécessaire à ce stade.

L'établissement invite les personnes concernées à lui transmettre les informations nécessaires au suivi de leur situation (confirmation/infirmation du cas).

L'étudiant ou le personnel concerné peut être de nouveau accueilli dans l'établissement :

- lorsque la suspicion n'est pas confirmée médicalement et que les symptômes ont disparu
- au minimum après 10 jours d'éviction¹⁰ en cas de contamination confirmée

A défaut d'information de l'établissement sur l'évolution de la situation de la personne concernée, l'usager ou le personnel ne pourra retourner dans l'établissement qu'après un délai de 10 jours.

3) Gestion d'un cas confirmé

Il appartient aux étudiants et personnels dont la contamination est confirmée d'en informer l'établissement, et pour les étudiants hébergés en résidence universitaire, le responsable de la résidence. Les établissements communiquent aux agents et usagers la procédure à suivre à cette fin.

La personne concernée ne doit pas se rendre dans l'établissement avant un délai d'au moins 10 jours (à partir du début des symptômes pour les cas symptomatiques et à partir du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques). Pour les cas symptomatiques, si la personne a toujours de la fièvre au 10^{ème} jour, l'isolement se poursuit jusqu'à 48h après la disparition de la fièvre. Les 7 jours suivant la levée de l'isolement, une vigilance toute particulière sera attendue de la part de la personne quant au respect des gestes barrières et notamment au port du masque, même si elle est attendue de tous.

Dès réception de l'information par l'établissement d'un cas confirmé, l'établissement doit informer le CROUS en cas d'hébergement en résidence universitaire.

4) Identification et gestion des personnes contacts à risque

Lorsqu'une personne est positive, son résultat de test est saisi dans SIDEP et implémenté dans le système d'information de la CNAM (Contact Covid). Ainsi la personne (étudiant ou personnel) est appelée par un enquêteur de la CPAM pour identifier ses personnes contacts à risque, dans le foyer, dans la sphère amicale et dans l'établissement. L'ensemble des contacts à risque de l'établissement est donc saisi dans contact-covid par l'enquêteur de la CPAM. Ils seront ensuite appelés individuellement ou recevront un sms pour leur donner la conduite à tenir selon leur statut vaccinal.

La CPAM pourra également identifier lors de cet appel si le cas a participé pendant sa période de contagiosité à des fêtes étudiantes en lien avec le milieu universitaire et prendre contact si nécessaire avec l'organisateur. L'ARS sera systématiquement informée d'un cas dans ce type d'évènement où les contaminations peuvent être nombreuses et en informera l'établissement.

5) Gestion de plusieurs cas confirmés

a) Identification des personnes contacts à risque

En cas de suspicion de cluster ou de cluster avéré, l'établissement (et/ou le CROUS s'il s'agit d'une résidence universitaire) informe l'ARS. Une évaluation conjointe de la situation est réalisée afin d'identifier des chaînes de transmission et de mettre en œuvre les mesures de

¹⁰ La durée de l'éviction est décidée par le médecin et fonction de la gravité de la forme clinique. Au minimum 10 jours après le début des symptômes avec 48 h d'apyrexie et d'absence de signes cliniques

gestion nécessaires. Le périmètre du tracing (classes, unités, etc. concernées) est établi entre l'ARS et les établissements et le cas échéant, les CROUS ou les associations étudiantes.

La liste des personnes concernées est constituée sur la période allant de 48h avant le début des signes cliniques au jour de l'éviction lorsque le cas confirmé est symptomatique, et sur une période de 7 jours précédant le test pour les cas asymptomatiques jusqu'au jour de l'éviction. Elle comprend nom, prénom, date de naissance et coordonnées (adresse courriel et numéro de téléphone). Afin de faciliter l'organisation du tracing et la détermination de son périmètre, les étudiants qui le souhaitent peuvent faire connaître leur statut vaccinal à leur établissement.

L'établissement transmet de manière sécurisée cette liste à la CPAM, avec l'ARS en copie. La CPAM intègre ces données au SI du contact-tracing (« Contact-Covid »), ce qui déclenche la notification des conduites à tenir pour les personnes contacts : tests RT-PCR immédiat et à J7, quarantaine selon le statut vaccinal et autres mesures (prescription de masques chirurgicaux, arrêt de travail le cas échéant...)

La liste peut évoluer si de nouveaux cas sont identifiés lors des investigations et de la campagne de dépistage organisée dans l'établissement par exemple. La liste sera également envoyée de manière sécurisée à la CPAM, avec copie l'ARS.

b) Continuité pédagogique concernant les étudiants cas et contacts à risque soumis à isolement

Il est demandé aux établissements d'assurer une continuité pédagogique pour les étudiants cas confirmés et contacts à risque qui ne pourront plus se rendre aux enseignements en présentiel pendant la durée de leur isolement / quarantaine.

c) Campagnes de dépistage collectives

Une campagne de tests collectifs antigéniques ou RT-PCR peut être organisée en lien avec l'ARS en fonction de l'analyse faite de la situation dans l'établissement ou lorsque le cluster intervient dans un contexte local de forte circulation du virus. En présence d'un cluster, la campagne peut être reconduite jusqu'à ce qu'aucun test ne soit positif.

Les modalités de dépistage sont précisées par l'ARS qui détermine l'intérêt et le périmètre du dépistage (pour tout ou partie des étudiants et personnels selon la situation). Une intervention du SSU à la demande du médecin de l'ARS peut contribuer à faciliter l'adhésion de l'ensemble des étudiants et personnels concernés.

Sur décision partagée entre l'ARS et l'établissement, le dépistage peut être pris en charge par les professionnels de santé de l'établissement (SSU, service de médecine du travail, avec le renfort le cas échéant d'étudiants en santé dans le cadre de leur service sanitaire ou d'étudiants ayant reçu la formation de médiateurs de lutte anticovid). Un espace dédié peut y être consacré, mis à disposition le cas échéant par le CROUS.

d) Information des agents et usagers

Une information de la communauté universitaire doit être réalisée par l'établissement en lien avec l'ARS lors de la découverte de cas groupés sur la situation épidémiologique, les investigations réalisées et les consignes sanitaires à respecter en particulier par les cas confirmés, les contacts à risque élevé et les contacts à risque modéré.

6) Protocole de remontée de l'information

Les établissements informent les recteurs de région académique et les préfets de départements des clusters identifiés dans leurs établissements. Les recteurs de région académique sont invités à communiquer, au fur et à mesure de leur survenue au centre ministériel de crise (cmc1@education.gouv.fr), à la direction de cabinet et à la DGESIP (questions-sanitaires.dgesip@enseignementsup.gouv.fr), toutes les informations significatives en lien avec l'application de cette stratégie de gestion des cas et des clusters.