

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 12/02/2021

REFERENCE : MINSANTE N°2021_23

OBJET : ÉVOLUTION DE LA STRATÉGIE DE CONTACT-TRACING LIÉE À L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX VARIANTS DU SARS-CoV-2 – DOCTRINE DANS LE MILIEU SCOLAIRE

Pour action ☒

Pour information ☒

Madame, Monsieur,

En raison de l'émergence et de la diffusion de nouvelles variantes du SARS-CoV-2 caractérisées par une transmissibilité plus élevée, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi au sujet de l'actualisation des doctrines en vigueur. Les recommandations émises dans son [avis du 18 janvier 2021 complémentaire à l'avis du 14 janvier 2021 relatif aux « mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2 »](#) engendrent une **évolution de la doctrine de contact-tracing**.

Ainsi, les principales modifications portent sur la **définition d'un contact à risque** élaborée par Santé publique France, qui évolue comme suit par rapport à la version du 16/11/2020, concernant :

- **les mesures de protection efficaces** : le HCSP recommande désormais de ne pas utiliser de masque grand public en tissu de catégorie 2 ou de masque de fabrication artisanale, dont le pouvoir filtrant est inférieur aux masques à usage médical ou en tissu de catégorie 1 ;
- **la distance physique** séparant un cas confirmé d'une personne-contact en dessous de laquelle le contact est considéré comme à risque, qui évolue de 1 à 2 mètres.

Par ailleurs, la **stratégie de contact-tracing dans les établissements scolaires et dans les structures d'accueil du jeune enfant** évolue également, pour faire suite à l'avis du Conseil scientifique du 12 janvier 2021, qui recommande la fermeture de la classe dès la présence d'un cas confirmé de variante.

Ces évolutions sont partagées par le CCS avec les principaux acteurs du contact-tracing, dont la CNAM et le Ministère de l'Éducation Nationale. Elles intègrent dès à présent la stratégie de contact-tracing.

1/ Définitions des cas et des personnes contacts (SpF 21/01/2021)

Les évolutions par rapport à la version précédente des définitions du 16 novembre 2020 apparaissent en [bleu](#).

- **Un cas confirmé** est une personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP) ou par test antigénique ou sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, conformément aux [recommandations de la HAS](#).
- **Un cas probable** est une personne présentant des signes cliniques et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

NB : cette définition inclut donc des personnes testées avec un résultat négatif, mais dont le médecin en charge évoque un résultat biologique faussement négatif.

- **Un cas possible** est une personne, 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 : 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 personnes âgées de 80 ans ou plus : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure.
 - Chez les enfants : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.
 - Chez les patients en situation d'urgence ou de réanimation : troubles du rythme cardiaque récents ; atteintes myocardiques aiguës ; événement thromboembolique grave.

- **Une personne contact à risque :**

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

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

Ne sont pas considérées comme mesures de protection efficaces :

- Masques grand public en tissu fabriqués selon les spécifications AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 2 ;
- Masques en tissu « maison » ne répondant pas aux spécifications AFNOR SPEC S76-001 ainsi que les visières et masques en plastique transparent portés seuls ([pour plus d'information sur la protection conférée par les différents types de masques, voir l'avis du HCSP du 29/10/2020 relatif aux masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2](#)) ;
- Plaque de plexiglas posée sur un comptoir, [rideaux en plastique transparent séparant clients et commerçants](#).

...la personne contact à risque est une personne :

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

- **Une personne contact à risque négligeable** : toutes les autres situations de contact et toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP) ou test antigénique ou sérologie datant de moins de 2 mois¹.

NB : ces définitions de personnes contact ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Par ailleurs, dans l'attente de données sur l'efficacité des vaccins sur les nouvelles variantes et sur la prévention des formes asymptomatiques ou du portage du virus, la vaccination ne conduit pas à considérer un contact comme à risque négligeable. **Une personne vaccinée identifiée contact à risque d'un cas confirmé (quel que soit le virus du SARS-CoV2) dans le cadre du contact-tracing doit faire l'objet des mêmes recommandations (quarantaine stricte et test à J7 du contact).**

¹ Il s'agit du délai durant lequel le risque de réinfection par le SARS-CoV-2 paraît négligeable à ce jour. Il pourra évoluer en fonction des informations disponibles, s'agissant notamment des variantes.

2/ Contact-tracing dans les établissements scolaires et dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE)

- Cas confirmés par criblage ou séquençage des virus sauvages et variante 20I/501Y.V1 (dite « britannique »)

Compte-tenu de l'apparition des variantes, il est désormais demandé de réaliser un contact-tracing pour l'ensemble de la classe **dès l'identification d'un premier cas de COVID-19**, adulte ou élève, **dans le premier degré comme dans le second degré, ainsi que pour les EAJE** (et non plus à partir de 3 cas confirmés dans le 1^{er} degré et les EAJE). Comme pour toute opération de contact-tracing, l'identification des personnes contact à risque doit prendre en compte le port du masque (chirurgical ou grand public avec un niveau de filtration supérieur à 90%) et le respect des mesures barrières et de la distanciation physique (augmentée à 2 mètres en l'absence de mesures de protection efficaces), conformément à la définition du contact à risque.

Pour les enfants de moins de 6 ans, compte-tenu de l'absence d'obligation de port de masque, l'apparition d'un cas de COVID-19 doit conduire à **considérer l'ensemble des enfants de la classe ou du groupe d'enfants pour les EAJE comme contacts à risque**, et par conséquent la classe doit être fermée pendant la période de quarantaine.

Dans la circonstance où trois élèves d'une même classe (de fratries différentes) seraient positifs au Covid-19, tous les élèves de la classe seront, par mesure de précaution, assimilés par défaut à des contacts à risque. Le contact-tracing devra évaluer si les personnels de la classe doivent être également considérés comme contacts à risque, notamment au regard du respect des mesures barrières (dont le port permanent du masque).

- Cas confirmés par criblage ou séquençage des variantes 20H/501Y.V2 (dite « sud-africaine ») et 20J/501Y.V3 (dite « brésilienne »)

La confirmation d'un cas de ces variantes (par criblage ou séquençage) chez un enfant doit conduire à la fermeture de la classe quel que soit le niveau. Cette conduite à tenir ne s'applique pas pour les personnels qui portent le masque en continu devant les enfants. Pour les personnels, le contact-tracing devra être effectué autour du cas pour identifier les potentiels contacts à risque.

Du fait de la contagiosité accrue de ces deux variantes 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3, la durée de l'isolement pour les personnes qui en sont porteuses est allongée à 10 jours et un test de sortie d'isolement, TAG ou RT-PCR, doit être systématiquement réalisé. Après 10 jours pour les contaminations par une variante d'intérêt 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 la levée de l'isolement est désormais conditionnée pour les cas confirmés à l'obtention d'un résultat de test négatif (NB : pour les cas symptomatiques, en présence de fièvre au 10^{ème} jour, l'isolement est prolongé jusqu'à 48h après la disparition de la fièvre). **Si le test revient positif, l'isolement est prolongé de 7 jours après ce résultat.** Il n'y a par contre pas de nouveau test réalisé à J17 pour la levée de l'isolement.

L'ensemble des enfants de la classe (et des demi-classes fréquentées par ailleurs) ou du groupe d'enfants dans les EAJE doit être considéré à défaut comme contact à risque. Les enfants devront être testés par RT-PCR à J0 et J7 (tests à partir de 6 ans) et respecter une quarantaine de 7 jours. En cas de refus de test, la quarantaine est prolongée jusqu'à 14 jours. Les enfants contacts à risque d'un cas confirmé d'une de ces deux variantes au sein de leur foyer (parents, fratrie) doivent respecter une quarantaine de 17 jours (7 jours après la fin des 10 premiers jours d'isolement du cas quel que soit le résultat du test à J10). Les enfants devront être testés à J0 et J17.

Une fermeture administrative de 7 jours est également mise en œuvre dès qu'un élève de la classe est identifié comme contact à risque d'un parent ou membre de la fratrie contaminé par une variante 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3. Tous les enfants et le personnel sont testés par RT-PCR à J0. Si le test est négatif, les recommandations suivantes pour les enfants sont à mettre en œuvre : réduire les contacts, rester à la maison autant que possible, auto-surveillance de l'enfant par les parents par la prise de température et réalisation d'un test au moindre doute. Un arrêt de travail peut être obtenu pour les parents des enfants pour lesquels une fermeture administrative de la classe est prononcée auprès de l'Assurance Maladie.

NB : s'agissant de la garde d'enfants cas ou contacts à risque, il est déconseillé qu'elle soit effectuée par des personnes vulnérables, tels que les grands parents.

Ces règles s'appliquent également pour le milieu périscolaire (garderie, centre de loisirs, cantines), avec l'éviction des enfants du groupe concerné par la présence d'un cas confirmé ou d'un contact à risque d'un cas confirmé de variante 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 mais les fermetures de ces structures doivent par contre rester exceptionnelles, pour pouvoir accueillir les autres enfants.

- Cas suspects de variantes 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3

Dans l'attente de la confirmation par une RT-PCR de criblage ou le séquençage, face à une suspicion de l'une de ces deux variantes du virus SARS-CoV2, la mesure de fermeture de la classe doit être appréciée au cas par cas, notamment en fonction du nombre de cas de Covid19 confirmés, du profil des cas (enseignants et/ou élèves), du nombre de classes et niveaux concernés par ailleurs, et du lien épidémiologique éventuel du/des cas avec un cas confirmé d'une de ces deux variantes et/ou d'une zone de circulation active de ces variantes. La décision de fermeture d'une classe ne doit pas être systématique et devra être concertée entre l'ARS, le Rectorat, le chef d'établissement et la Préfecture. Les mesures barrières devront être renforcées dans tous les cas, en particulier durant les repas et les activités sportives, lorsque le port du masque ne peut être maintenu.

Plus globalement, pour éclairer les décisions de fermeture de classe, d'un niveau ou de l'établissement, les opérations de dépistage élargi devront être priorisées dans les établissements où la circulation d'une variante du virus SARS-CoV2 est suspectée ou avérée. Les dépistages de masse dans l'Education Nationale mobilisant prioritairement les tests antigéniques, un échantillonnage représentatif par test RT-PCR devra être prévu (en privilégiant le test par RT-PCR des personnes symptomatiques), associé à un test RT-PCR de criblage pour les cas diagnostiqués positifs par un test antigénique, pour caractériser la circulation des variantes dans l'établissement. Sous réserve de l'accord des parents, **les tests pourront être réalisés à partir de 6 ans².**

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

Signé

² Pour rappel, il n'est pas recommandé de réaliser un test de diagnostic Covid-19 chez un enfant de moins de 6 ans symptomatique (ou asymptomatique) sauf dans les situations suivantes :

- Hospitalisation ou formes suffisamment sévères pour justifier des explorations complémentaires ;
- Enfants ayant eu un contact à risque avéré avec un cas probable ou confirmé de Covid-19 ;
- Enfants à risque de forme grave de Covid-19 ;
- Enfants en contact à leur domicile avec des personnes à risque de forme grave de Covid-19 ;
- Enfants dont les symptômes ne s'améliorent pas après un délai de 3 jours.