

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

DATE : 24/07/2021

REFERENCE : MINSANTE N°2021-96

OBJET : CONTACT-TRACING POUR LES PERSONNES VACCINÉES : NOUVELLES DÉFINITIONS DE CAS ET CONTACTS IMPACTANT LA STRATÉGIE DE CONTACT-TRACING

☒ **Pour action**

☒ **Pour information**

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-après les modifications apportées à la stratégie de contact-tracing au regard de l'[avis du Haut Conseil de la Santé Publique \(HCSP\) du 18 juin 2021 relatif au contact-tracing et à l'application des mesures barrières chez les personnes totalement vaccinées contre la Covid-19](#). L'avis du HCSP prend notamment en compte les données relatives à l'émergence et à la circulation de mutations d'intérêt du SARS-CoV2, au déploiement de la vaccination dans la population, à l'efficacité vaccinale et à l'effet de la vaccination sur la transmission du SARS-CoV-2 chez les personnes vaccinées.

Ces évolutions ont été partagées par le CCS avec les principaux acteurs du contact-tracing, dont la CNAM et SpF. Elles intégreront la stratégie de contact-tracing à partir du 23 juillet 2021.

1/ Définitions des cas et des personnes contacts (SpF 23/07/2021)

- **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), test antigénique (TAG) naso-pharyngé ou sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage conformément aux [recommandations de la HAS](#).

NB : En cas de résultat positif par un test antigénique naso-pharyngé (TAG), une RT-PCR de diagnostic doit être réalisée dans les 24h suivant le TAG (RT-PCR de diagnostic simple et de criblage en première intention ou RT-PCR de diagnostic simple couplée à une RT-PCR de criblage). 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.

Un TAG nasal (« autotest ») positif ne doit pas être considéré comme une confirmation du diagnostic, et doit être suivi dans les 24h d'un test RT-PCR pour confirmer ou infirmer l'infection.

- **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, 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 : 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 FFP2 ou chirurgical ou en tissu « grand public filtration supérieure à 90% » (correspondant à la catégorie 1 (AFNOR)) ou masque grand public en tissu réutilisable possédant une fenêtre transparente homologué 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 de catégorie 2, masques en tissu « maison » ne répondant pas aux normes AFNOR, les visières en plastique transparent portées seules, une plaque de plexiglas posée sur un comptoir, des rideaux en plastique transparent séparant clients et commerçants¹.

Une personne contact à risque élevé est :

Toute personne n'ayant pas reçu un schéma complet de primo-vaccination (c'est-à-dire un schéma complet de vaccination, avant des rappels éventuels) **OU** ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis moins de 7 jours (vaccins Cominarty/Pfizer, Moderna, AstraZeneca/Vaxzeria ou Covishield) 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](#)) **ET** :

- 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 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 intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant...) 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 modéré est :

Toute personne sans immunodépression grave ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis au moins 7 jours (vaccins Cominarty/Pfizer, Moderna, AstraZeneca/Vaxzeria ou Covishield) ou moins de 4 semaines (vaccin Covid-19 vaccin Janssen®) **ET** :

- 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 dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- 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, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

¹ Pour plus d'information sur la protection conférée par les différents types de masques, voir [l'avis du HCSP](#).

² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_du_cosv_6_avril_2021pdf.pdf

³ 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. 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.

Une personne contact à risque négligeable :

- Toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP), TAG naso-pharyngé ou sérologie datant de moins de 2 mois³
- Toutes les autres situations de contact.

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 ;*
- *L'évaluation des contacts à risque dans le milieu scolaire. Pour plus d'information, consulter le protocole sanitaire de l'Education Nationale et la conduite à tenir en cas de cas confirmé(s) parmi les élèves ainsi que les avis relatifs au milieu scolaire du HCSP.*

2/ Conduite à tenir par les cas de COVID-19

- Tout cas possible d'infection par le SARS-CoV-2, **quel que soit le statut vaccinal de cette personne** ou ses antécédents d'infection par le SARS-CoV-2, et de façon générale toute suspicion de COVID-19, quelle que soit la présentation clinique, doit conduire à l'isolement de la personne malade dès les premiers symptômes, et à la réalisation d'un prélèvement des voies respiratoires hautes (prélèvement naso-pharyngé, salivaire, ou oro-pharyngé) en vue d'un test diagnostique par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP), ou un prélèvement naso-pharyngé en vue d'un test antigénique.
En cas de réalisation d'un autotest, tout résultat positif doit être confirmé par un test d'amplification moléculaire (RT-PCR ou RT-LAMP) sur un prélèvement des voies respiratoires hautes.
- Tout cas symptomatique de COVID-19 confirmé biologiquement par RT-PCR, RT-LAMP, test antigénique ou tout cas probable de COVID-19 fait l'objet d'un isolement de **10 jours** à partir du début des symptômes, prolongée si le cas est encore fébrile au 10^{ème} jour, jusqu'à 48h après disparition de cette fièvre. La persistance à J10 des autres symptômes (toux, rhinorrhée, etc.) ne doit pas conduire à un isolement additionnel de 48h ;
- Tout cas asymptomatique de COVID-19 confirmé biologiquement par RT-PCR, RT-LAMP ou test antigénique fait l'objet d'un isolement de 10 jours pleins à partir de la date du prélèvement du test positif ;
- **La prise en charge d'un cas probable ou confirmé (symptomatique ou asymptomatique) est indépendante de son statut vaccinal, en raison de la possibilité d'un échec vaccinal.**
- Tout test virologique (RT-PCR, RT-LAMP, test antigénique) positif doit systématiquement donner lieu à un test RT-PCR de criblage ciblant plusieurs mutations d'intérêt. Ce test RT-PCR de criblage peut être réalisé sur le même prélèvement que la première RT-PCR.
- En cas de résultat positif par un test antigénique naso-pharyngé (TAG), une RT-PCR de diagnostic doit être réalisée dans les 24h suivant le TAG (RT-PCR de diagnostic simple et de criblage en première intention ou RT-PCR de diagnostic simple couplée à une RT-PCR de criblage). 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. La personne peut contacter les équipes de contact-tracing de l'Assurance maladie pour les informer du résultat discordant afin de bénéficier de la levée de l'isolement. La personne informera également ses contacts à risque qui pourront alors sortir de quarantaine.
- Il n'est pas demandé à un cas confirmé de réaliser un nouveau test afin de lever la mesure d'isolement qui se fait donc une fois le délai passé et si absence de fièvre ;
- En cas de test positif (RT-PCR, RT-LAMP) chez une personne ayant un antécédent d'infection documentée à SARS-CoV-2 de moins de 2 mois, considérée comme rétablie et en dehors de la période d'isolement de l'épisode initial, il est recommandé de ne pas considérer le résultat comme une nouvelle infection. Le résultat positif ne doit pas conduire à un nouvel isolement de la personne ni à la réalisation d'un contact-tracing autour de celle-ci.

3/ Stratégie de contact-tracing

En application de ces nouvelles définitions de cas et de contacts, les **principes généraux de la stratégie de contact-tracing** sont les suivants :

- La recherche des personnes contacts de **tout cas confirmé symptomatique ou asymptomatique ou de tout cas probable** doit être initiée dès que possible, à partir de 48h avant l'apparition de ses symptômes ou de 7 jours avant la date du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques et jusqu'à l'isolement du cas ;

- La recherche des personnes contacts des cas présentant un autotest antigénique sur prélèvement nasal positif en attente de confirmation par test RT-PCR ou RT-LAMP ne doit pas être entreprise, sauf circonstances particulières (plusieurs autres cas possibles ou confirmés autour de cette personne, par exemple) ;
- Toutes les personnes-contacts à risque désignées par le cas sont enregistrées dans Contact-Covid. La personne réalisant le traçage dans les PFCT vérifie alors dans VAC-SI si les contacts désignés sont vaccinés et à risque modéré afin d'adapter les consignes pour ces derniers. Dans ce cas, la case « schéma vaccinal complet » est alors cochée dans Contact-Covid. Lorsque l'investigation autour du cas est réalisée par l'ARS (situation complexe dans le cadre du contact-tracing de niveau 3), dans l'attente d'évolutions réglementaires pour que les ARS aient accès à VAC-SI, la solution ci-dessous pour obtenir l'information du statut vaccinal est préconisée :
 - L'ARS saisit la liste des personnes contacts à risque dans Contact-Covid et indique la réalisation du schéma vaccinal complet sur la base de la déclaration des personnes contacts (une preuve de la vaccination peut être demandée par l'ARS si elle le souhaite ; s'il existe un doute sur le statut vaccinal de certaines personnes, une validation du statut déclaré peut être demandée à la CPAM) ;
 - D'autres solutions peuvent être décidées localement entre les ARS et les CPAM, en fonction de la situation épidémique et de l'urgence des mesures de gestion à prendre (transmission d'une liste pour saisie dans Contact-Covid ou pour validation du statut vaccinal, avec éventuelle priorisation du traitement de la liste ; autre solution) ;
- Conformément aux définitions de SpF, l'évaluation du niveau de risque du contact tient compte des mesures de protection et du statut immunitaire (vaccination, immunodépression). S'agissant des mesures de protection, si l'interrogatoire du cas ou de la personne contact ne permet pas de définir avec certitude le type de masque porté, la situation la plus défavorable (masque le moins protecteur) doit être retenue.

Prise en charge des personnes contact à risque

- **Pour les personnes contact à risque élevé** (personnes non vaccinées ou schéma de primo-vaccination incomplet ou immunodépression grave)
 - Ces personnes 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) :
 - En cas de test de dépistage positif, la personne-contact à risque devient un cas confirmé (cf. supra) ;
 - En cas de test de dépistage négatif, ces personnes-contacts **doivent respecter une quarantaine de 7 jours**, à domicile, à partir de la date du dernier contact à risque avec le cas confirmé, si la personne peut s'isoler strictement du cas ou 7 jours après la fin de la période de contagiosité du cas si la personne contact ne peut s'isoler strictement du cas, soit 17 jours après la date de début des signes (ou de la date de prélèvement diagnostique pour les cas asymptomatiques). Si la quarantaine 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. **Un second test est réalisé en fin de quarantaine** (J7 ou J17 si pas d'isolement strict du cas). Si ce test est négatif, la quarantaine peut être levée. **Si ce test n'est pas réalisé, la quarantaine est prolongée de 7 jours supplémentaires** (sauf pour les enfants de moins de 6 ans).
 - Ces personnes-contacts doivent informer de leur statut les personnes avec qui elles ont été en contact à partir de 48h après leur dernière exposition avec le cas confirmé et leur recommander de limiter leurs contacts sociaux et familiaux (**contact-warning**). Ces personnes réalisent une auto-surveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (moléculaire ou antigénique) immédiat en cas de symptômes, quel que soit l'âge.
- **Pour les personnes contact à risque modéré** (schéma de primo-vaccination complet et pas d'immunodépression grave) :
 - Ces personnes réalisent 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) :
 - En cas de test de dépistage positif, la personne-contact à risque devient un cas confirmé (cf. supra) ;
 - En cas de test de dépistage négatif, **un second test est réalisé 7 jours après le dernier contact avec le cas** si la personne contact peut s'isoler strictement du cas, ou 7 jours après la fin de la période de contagiosité du cas si la personne contact ne peut pas s'isoler strictement du cas (situation de contact au sein d'un même foyer), soit 17 jours après la date de début des signes (ou de la date de prélèvement diagnostique pour les cas asymptomatiques).

- **Les personnes-contacts à risque modéré sont dispensées de quarantaine.** En complément des tests immédiat et à J7, elles doivent maintenir les mesures barrières en toutes circonstances jusqu'à 7 jours après le dernier contact avec le cas index. Ces personnes réalisent une auto-surveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (moléculaire ou antigénique) immédiat en cas de symptômes, quel que soit l'âge. Ces personnes-contacts doivent 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**). Elles doivent également limiter les interactions sociales, en particulier dans les ERP où le port du masque n'est pas possible, et éviter tout contact avec des personnes à risque de forme grave même si elles sont vaccinées, et porter *a minima* un masque de filtration supérieur à 90% dans l'espace public.

Les personnes-contacts à risque modéré partageant le même domicile que le cas doivent porter un masque au domicile, et le cas doit rester isolé de ses contacts.

- Toute personne contact qui devient cas confirmé de COVID-19 doit faire l'objet d'une recherche de ses personnes contacts à risque ;
- Les mesures d'isolement et de quarantaine sont préférentiellement mises en œuvre au domicile des cas et des personnes contacts à risque ; des hébergements dédiés peuvent toutefois leur être proposés en lien avec les cellules territoriales d'appui à l'isolement (CTAI) des Préfectures, sur évaluation de critères sanitaires et/ou sociaux, notamment des possibilités d'isolement de la personne au sein du domicile ;
- La fin de la période d'isolement pour les cas (symptomatiques et asymptomatiques) et de quarantaine pour les contacts à risque élevé doit s'accompagner du port rigoureux du masque, respectivement chirurgical et grand public, du strict respect des mesures barrières et de la distanciation physique ainsi que de la poursuite de la limitation des contacts notamment avec les personnes à risque de forme grave durant les 7 jours suivant la levée de l'isolement ou de la quarantaine ; en cas d'impossibilité à respecter ces mesures, les mesures d'éviction doivent être poursuivies pendant 14 jours au total ;
- La réalisation des tests pour les cas possibles, les cas probables et les personnes contacts à risque d'un cas confirmé ou probable est un examen à visée diagnostique qui doit être priorisée.

La Conduite à tenir devant un cas possible d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19) mise à jour par SpF et disponible sur leur site Internet est jointe à ce MINSANTE (<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>).

Nous vous remercions pour la prise en compte de cette nouvelle stratégie de contact-tracing.

Maurice-Pierre Planel

Directeur Général Adjoint de la Santé

Signé