



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

---

## Sommaire

|   |   |
|---|---|
| 1. Définitions .....  | 2 |
| 2. Anticipation de la gestion des cas par l'organisateur de l'accueil.....                    | 4 |
| 3. Gestion d'une personne présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19 (cas possible) 4 |   |
| 4. Gestion d'un cas probable ou confirmé de la Covid-19 .....                                 | 5 |
| 6. Gestion de plusieurs cas confirmés.....  | 6 |
| 7. Spécificités des accueils avec hébergement .....   | 6 |
| 8. Protocole de remontée de l'information .....   | 6 |

L'identification des personnes contacts à risque autour 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.

## 1. Définitions

Les définitions suivantes s'appuient sur la [définition de cas établie par Santé publique France](#) en date du 07/05/2020. Celles-ci peuvent être amenées à évoluer à tout moment en fonction des informations disponibles.

### Cas confirmé :

Personne, symptomatique ou non, avec un résultat de test RT-PCR confirmant l'infection par le SARS-CoV-2.

### Contact à risque:

Selon la définition de Santé publique France, est contact à risque toute personne ayant eu un contact direct avec un cas confirmé dans l'une des situations suivantes sans mesure(s) de protection efficace (masque chirurgical porté par le cas confirmé OU la personne contact, masques grand public porté par le cas ET la personne contact, hygiaphone ou autre séparation physique par exemple de type vitre ou plexiglas) :

- ayant partagé le même lieu de vie (logement, internat, etc.) que le cas confirmé ou probable ;
- ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées de manière fugace 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 (salles de classe, bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas confirmé, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;

### Cas possible :

Personne présentant des signes cliniques évocateurs de Covid-19, ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes.

Les signes évocateurs de Covid-19 sont décrits dans [l'avis du HCSP du 20 avril 2020 relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19](#). Les rhinites seules ne sont pas considérées comme des symptômes évocateurs de Covid-19.

### Cluster ou cas groupés :

Survenue d'au moins 3 cas (enfant de fratrie différente ou adulte dans le cas présent) confirmés ou probables dans une période de 7 jours et qui appartiennent à une même unité géographique (classe, école ou accueil collectif de mineurs dans le cas présent).

### 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).

### Isolement des cas possibles et confirmés :

**L'isolement** est une mesure de gestion appliquée aux cas possibles (dans l'attente de la confirmation par test RT-PCR), probables et confirmés. Elle est prise par les autorités sanitaires. La durée de l'isolement est de :

- 7 jours pleins à partir de la date de début des symptômes avec absence de fièvre au 7<sup>ème</sup> jour pour les cas symptomatiques. En cas de fièvre au 7<sup>ème</sup> jour, l'isolement se poursuit jusqu'à 48h après la disparition de la fièvre ;
- 7 jours pleins à partir du jour du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques.

**S'agissant des mineurs de moins de 11 ans symptomatiques (cas possible)**, ils font l'objet d'un isolement jusqu'à l'arrêt des signes. Une éviction additionnelle de 48 heures après la disparition de la fièvre est recommandée si elle était présente dans le tableau clinique. **Le retour des mineurs de moins de 11 ans « cas possible » en accueil collectif n'est pas conditionné par la réalisation d'un test PCR.**

**S'agissant des mineurs de moins de 11 ans testés positif (cas confirmé)**, ils font l'objet d'une éviction de 7 jours et jusqu'à l'arrêt des signes si l'enfant était symptomatique. Une éviction additionnelle de 48 heures après la disparition de la fièvre est recommandée si elle était présente dans le tableau clinique.

**Le retour** au sein de l'accueil se fait, sous réserve du respect strict des mesures barrières et du **port rigoureux du masque chirurgical pendant une période de 7 jours**, conformément à l'avis du Conseil Scientifique.

**Toutefois, cette obligation du port du masque ne s'applique pas aux mineurs de moins de 11 ans qui peuvent réintégrer la structure après la période d'isolement de 7 jours.**

### Quarantaine des personnes contacts à risque :

Il s'agit d'une mesure de gestion concernant les personnes contacts à risque. Elle est prise par les autorités sanitaires.

La durée de la quarantaine est de 7 jours à partir du dernier contact avec un cas confirmé. Un test RT-PCR doit être réalisé au 7<sup>ème</sup> jour et la quarantaine est alors levée si le résultat est négatif (la quarantaine doit être maintenue jusqu'à l'obtention du résultat négatif).

En cas de test positif, les mesures d'isolement applicables aux cas confirmés et rappelées ci-avant s'appliquent. Si la personne contact à risque vit sous le même toit que le cas confirmé, le test doit être réalisé 7 jours après la date de guérison du cas.

**Pour les mineurs de moins de 11 ans, le retour au sein de l'accueil peut se faire au bout de 7 jours sans qu'un test ne soit réalisé et en l'absence de symptômes.**

**Pour les mineurs de plus de 11 ans et les encadrants**, le retour à l'accueil se fait après obtention d'un résultat de test négatif réalisé au bout de 7 jours de mise en quarantaine. En l'absence de test chez les mineurs de plus de 11 ans et les encadrants, la quarantaine est prolongée jusqu'à 14 jours.

Le retour au sein de l'accueil se fait, sous réserve du respect strict des mesures barrières et du port rigoureux du masque grand public pendant une période de 7 jours, conformément à l'avis du Conseil Scientifique. **Toutefois, cette obligation du port du masque ne s'applique pas aux mineurs de moins de 11 ans qui peuvent réintégrer la structure après la période de quarantaine de 7 jours.**

Pour les accueils périscolaires, il est opportun de prendre contact avec la direction de l'établissement ou de l'école pour assurer une position cohérente.

## **2. Anticipation de la gestion des cas par l'organisateur de l'accueil**

Afin de faciliter les potentielles démarches de recherche de cas et des personnes contacts (contact-tracing), 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, 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.

## **3. 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 ne doit pas prendre part à l'accueil. Le directeur de l'accueil ou le responsable doit en être informé.

Dans ce cas, la conduite à tenir est la suivante :

- isolement immédiat 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 ;
- information du mineur, de ses représentants légaux ou de l'encadrant 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 : nettoyage et désinfection du lieu de déroulement des activités puis aération et ventilation renforcée.

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

A défaut d'information, le mineur ou l'encadrant ne pourra participer de nouveau à l'accueil qu'après un délai de 7 jours, et en l'absence de symptômes.

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

#### 4. Gestion d'un cas probable ou confirmé de la Covid-19

Les responsables légaux de l'enfant ou l'encadrant concernés informent le directeur ou le responsable de l'accueil d'un cas possible.

Le mineur ou l'encadrant, dans l'attente du résultat du test pratiqué, ne doit pas prendre part à l'accueil.

Si son résultat est positif, le cas est confirmé, et il ne doit pas prendre part à l'accueil avant un délai d'au moins 7 jours (à partir du début des symptômes pour les cas symptomatiques et à partir du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques).

Si le mineur ou l'encadrant a toujours de la fièvre au 7ème jour, l'isolement se poursuit jusqu'à 48h après la résolution disparition de la fièvre.

Les 7 jours suivant la levée de l'isolement, une vigilance particulière sera attendue du mineur ou de l'encadrant quant au respect des gestes barrières et **du port du masque chirurgical**. **En revanche, les mineurs de moins de 11 ans ne sont pas tenus de porter le masque qui n'est pas recommandé.**

#### 5. Identification et gestion des personnes contacts à risque

Il appartient aux autorités sanitaires d'assurer l'identification des contacts à risque dans les accueils collectifs de mineurs, en lien avec le directeur ou le responsable de l'accueil et les plateformes de l'Assurance Maladie, en charge du *contact-tracing* de niveau 2.

Le directeur ou le responsable de l'accueil, en lien avec l'ARS, établit une première liste des potentiels contacts à risque identifiés et de leurs coordonnées.

Il lui appartient également de prévenir les encadrants et les responsables légaux, que suite à un cas confirmé dans l'accueil :

- soit leur enfant ou l'encadrant est susceptible d'être personne contact à risque (et qu'une mesure d'éviction est prise par mesure de précaution);
- soit leur enfant ou l'encadrant n'est pas susceptible d'être contact à risque à ce stade malgré la présence d'un cas au sein de l'accueil.

Le nom du/des cas confirmé(s) ne doit jamais être divulgué.

Sur la base de la première liste potentielle, le directeur ou le responsable de l'accueil met en place des mesures d'éviction. Il s'agit d'une mesure de précaution en attendant la liste finalisée selon les consignes de l'ARS (définition du périmètre des personnes concernées par le contact-tracing).

Lorsque la liste finalisée est arrêtée, une information complémentaire est alors transmise par le directeur ou le responsable de l'accueil aux responsables légaux de l'enfant et aux encadrants afin de confirmer/infirmier la première information.

Pour les enfants et encadrants identifiés comme contact à risque, cette information est assurée par la transmission, par tous moyens, du courrier type communiqué par l'Assurance maladie. Celui-ci prescrit la mesure d'isolement, précise la démarche à suivre (notamment les modalités de réalisation d'un test)

et propose les modalités d'accompagnement possibles. Ce courrier nominatif a valeur de justificatif de la décision d'isolement, et donc de suspension de l'accueil du mineur au sein de l'accueil collectif de mineurs.

Si une suspicion de contact à risque est levée par l'ARS, le directeur ou le responsable de l'accueil lève l'éviction. Le mineur ou l'encadrant pourront de nouveau participer à l'accueil.

Lorsqu'une mesure exceptionnelle de suspension de l'accueil des usagers est prise par le Préfet, après avis des autorités sanitaires, l'information est assurée par la transmission, par tous moyens (affichage, message...), de la décision préfectorale et de sa durée. Cette information vaut justificatif pour les responsables légaux de la suspension de l'accueil.

## 6. Gestion de plusieurs cas confirmés

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

Le directeur ou le responsable de l'accueil doit surveiller l'apparition de cas au sein de la structure et informer l'ARS en cas d'apparition de 3 cas ou plus sur une période de 7 jours (définition d'un cluster).

La décision de suspension de l'accueil des mineurs répond à des situations exceptionnelles. Elle est déterminée en fonction de la situation et d'une analyse partagée entre les différents acteurs prenant part à la gestion de la situation (organisateur de l'accueil, ARS, préfecture, le cas échéant éducation nationale pour les accueils périscolaires).

## 7. Spécificités des accueils avec hébergement

Les mêmes décisions d'éviction doivent être prises, le cas échéant, pour les mineurs participant 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.

Dès que la personne malade est en présence d'une personne, elle doit porter un **masque chirurgical**. Tout est mis en œuvre pour que la personne malade puisse se restaurer dans sa chambre.

Lorsqu'un cas confirmé est hébergé dans un 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 le port du masque obligatoire au sein des parties communes dont l'ouverture est maintenue, quelle que soit la distanciation.

## 8. 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 personne contact à risque ou confirmé de cette situation.

Le directeur ou le responsable de l'accueil doit informer, selon le cas, la direction départementale de la cohésion sociale/et de la protection des populations (DDCS/DCCSPP), la direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) ou la direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS) compétente, en cas de personnes suspectées d'être atteintes de la Covid 19 ou avérées être atteintes de cette maladie dans les accueils collectifs de mineurs.

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.