

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

Sommaire

1. Règles spécifiques applicables à compter du 26 avril 2021	2
2. Définitions et préconisations	2
3. Anticipation de la gestion de ces cas par l'organisateur de l'accueil	6
4. Anticipation par les agences régionales de santé	6
5. Gestion d'une personne présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19	7
6. Gestion d'un cas probable ou confirmé de la Covid-19	7
8. Gestion de plusieurs cas confirmés	8
9. Spécificités des accueils avec hébergement	9
11. Protocole de remontée de l'information	10

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.

Il encadre la réouverture des accueils collectifs de mineurs à compter du 26 avril 2021.

Par ailleurs, des campagnes de dépistage sont déployées dans les écoles, les établissements scolaires et les accueils collectifs de mineurs afin de renforcer la surveillance.

1. Règles spécifiques applicables à compter du 26 avril 2021

Dans les accueils collectifs d'enfants mineurs, la survenue d'un cas confirmé déclaré parmi les enfants conduit à la suspension **des activités du groupe de mineurs concerné** dans les meilleurs délais et au plus tard le lendemain, pour une durée de 7 jours. La décision conservatoire de suspension est prise par le directeur de l'accueil. Les responsables légaux des mineurs sont immédiatement informés. Cette information vaut justificatif de la suspension du groupe. Seuls les mineurs du groupe sont évincés dans ce cas de figure, le contact-tracing devra évaluer si les personnels ou d'autres mineurs doivent être considérés comme contacts à risque, notamment au regard du respect des mesures barrières (dont le port permanent du masque) (cf. définition de cas SpF ci-après). Le retour des **mineurs du groupe concerné** dans la structure ne pourra se faire que s'ils remplissent les conditions attendues des contacts à risques définies ci-dessous. 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. Le contact-tracing devra permettre d'identifier si des mineurs ou d'autres personnels sont à considérer comme contact à risque en fonction du port du masque, du respect des mesures barrières et de la distanciation physique.

2. Définitions et préconisations

Les définitions suivantes s'appuient sur la [définition de cas établie par Santé publique France](#) en date du 20/01/2021. 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, ou par test antigénique, confirmant l'infection par le SARS-CoV-2¹.

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, en l'absence de mesure(s) de protection efficace (masque chirurgical ou FFP2 ou grand public avec un niveau de filtration supérieur à 90% 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) :

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>

- ayant partagé le même lieu de vie (logement, internat, etc.) que le cas confirmé;
- 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 ;
- 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 consécutives ou cumulées sur 24 heures avec un cas confirmé, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

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.

Les contacts à risque négligeable ne font pas l'objet de mesures d'isolement ou de quarantaine, contrairement aux contacts à risque.

Masque :

Seront considérés ci-après comme masque garantissant un niveau de filtration élevé et comme suffisamment protecteurs, et conformément au décret du 29 octobre 2020, uniquement les masques chirurgicaux ou les masques grand public ayant une capacité de filtration supérieure à 90% (ancien masque grand public de catégorie 1). 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.

Dans les accueils recevant des mineurs de plus de six ans

Le port du masque étant obligatoire tant pour les personnels que pour les mineurs dans tous les espaces et en particulier dans les salles d'activités, l'apparition d'un cas confirmé parmi les encadrants ou les mineurs n'implique pas automatiquement de contacts à risque dans le groupe.

La survenue d'un cas confirmé parmi les mineurs entraîne l'éviction des autres mineurs du groupe pour une durée de 7 jours. Ces derniers ne pourront participer de nouveau à l'accueil que s'ils remplissent les conditions attendues pour les contacts à risques. En particulier, à l'issue de la période de suspension des activités du groupe, les responsables légaux des mineurs concernés devront attester sur l'honneur de la réalisation d'un test par le mineur et du résultat négatif de celui-ci. En l'absence d'une telle attestation, l'éviction du mineur sera maintenue jusqu'à la production de cette attestation ou à défaut pour une durée maximale de 14 jours.

Le contact-tracing devra évaluer si les encadrants du groupe doivent être également considérés comme contacts à risque, notamment au regard du respect des mesures barrières (dont le port permanent du masque) (cf. définition de cas SpF). Il doit également déterminer si des mineurs extérieurs au groupe doivent être considérés comme contacts à risque.

Dans les accueils recevant des mineurs de moins de six ans

L'apparition d'un cas confirmé parmi les encadrants, dès lors qu'il porte un masque, n'implique pas que les mineurs du groupe soient considérés comme contacts à risque. De même, l'apparition d'un cas confirmé parmi les mineurs n'implique pas que les personnels soient identifiés comme contacts à risque,

dès lors que ces derniers portent un masque. En revanche, l'apparition d'un cas confirmé parmi les mineurs implique que les autres mineurs du groupe soient identifiés comme contacts à risque, puisqu'ils ne portent pas de masque.

Le contact-tracing devra évaluer si les personnels doivent être également considérés comme contacts à risque, notamment au regard du respect des mesures barrières (dont le port permanent du masque) (cf. définition de cas SpF). Il doit également déterminer si des mineurs extérieurs au groupe doivent être considérés comme contacts à risque.

Cas possible :

Personne présentant des signes cliniques évocateurs de Covid-19², ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes.

Cluster ou cas groupés :

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

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 ou antigénique), et aux cas confirmés. La décision est prise par les autorités sanitaires. La durée de l'isolement est de³ :

- 10 jours pleins à partir de la date de début des symptômes. En cas de fièvre au 10^{ème} jour, l'isolement se poursuit jusqu'à 48h après la disparition des symptômes ;
- 10 jours pleins à partir du jour du premier prélèvement positif pour les cas confirmés asymptomatiques.

S'agissant des mineurs de moins de 6 ans symptomatiques (cas possibles) non testés, ils font l'objet d'une éviction jusqu'à l'arrêt des signes (NB : les rhinites seules ne sont pas considérées comme des symptômes évocateurs de Covid-19). Une éviction additionnelle de 48 heures après la disparition de la fièvre est recommandée. **Le retour des mineurs de moins de 11 ans « cas possible » n'est pas conditionné par la réalisation d'un test PCR, mais se fait au bout de 10 jours en l'absence de test.**

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 sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée.

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

Avis du HCSP du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2.

³ Avis du HCSP du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2.

S'agissant des mineurs testés positifs (cas confirmés), ils font l'objet d'un isolement de 10 jours après la date de début des signes si le mineur était symptomatique ou après la date du prélèvement positif si le mineur était asymptomatique. Une éviction additionnelle de 48 heures après la disparition de la fièvre est recommandée.

La fin de l'isolement des cas confirmés (symptomatiques et asymptomatiques) n'est pas conditionnée par la réalisation d'un test de sortie d'isolement. Il est possible d'excréter des résidus de virus après le 10^e 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 les moins de deux mois ne sont pas considérées comme contacts à risque.

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 (pendant cette période de 7 jours des mesures complémentaires seront mises en place dans la mesure du possible notamment à la cantine et en matière de distanciation physique). **Toutefois, cette obligation du port du masque ne s'applique pas aux mineurs de moins de 6 ans.**

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 ou antigénique doit être réalisé immédiatement afin de déclencher le contact-tracing en cas de positivité.

Un résultat négatif ne lève pas la mesure de quarantaine de la personne contact. La mesure de quarantaine prend fin en cas de résultat de test négatif (Tag ou RT-PCR) réalisé à J7 du dernier contact avec le cas confirmé et en l'absence de symptômes évocateurs de la Covid-19..

En cas de test positif, les mesures d'isolement applicables au cas confirmés et rappelées ci-avant s'appliquent. Si la personne contact à risque vit sous le même toit que le cas confirmé, un test est réalisé immédiatement **pour s'assurer que le contact n'est pas déjà un cas, puis un nouveau doit être réalisé 7 jours après la date de guérison du cas pour lever la quarantaine.**

Pour les mineurs de moins de 6 ans contacts à risque, le retour au sein de l'accueil peut se faire au bout de 7 jours sans qu'un test ne soit obligatoirement réalisé et en l'absence de fièvre. Il est toutefois désormais fortement recommandé, avec le déploiement des tests RT-PCR sur prélèvement salivaire, que l'enfant réalise un test immédiatement et un second test après la période d'isolement de 7 jours.

Pour les personnels et les mineurs de plus de 6 ans contacts à risque, le retour au sein de l'accueil ne peut se faire qu'après obtention d'un résultat de test négatif réalisé au bout de 7 jours. En l'absence de test chez les personnels et les mineurs de plus de 6 ans, 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 6 ans.**

Préconisations pour les tests pour les enfants de moins de 11 ans

Chez les mineurs de moins de 6 ans

- Il n'est pas recommandé de réaliser un test virologique de diagnostic Covid-19 chez les enfants symptomatiques sauf dans les situations suivantes :
 - Hospitalisation ou formes suffisamment sévères pour justifier des explorations complémentaires.
 - 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.

Chez les mineurs de plus de 6 ans

- En période épidémique, il est recommandé de réaliser un test RT-PCR ou antigénique à tout enfant présentant une toux, et/ou fièvre, et/ou troubles digestifs, avant de revenir en milieu scolaire.
- Il n'est pas recommandé de réaliser un test RT-PCR ou antigénique en cas de diagnostic clinique confirmé d'une autre maladie infectieuse de l'enfant.
- Il n'est pas recommandé de faire des tests RT-PCR ou antigéniques chez des enfants asymptomatiques sauf dans des situations épidémiologiques particulières : surveillance de clusters ou circulation de variantes signalée par les autorités sanitaires.

A noter qu'avec le déploiement du test RT-PCR sur prélèvement salivaire, il est désormais recommandé de tester tous les enfants quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont symptomatiques, contacts à risque (ou considérés comme contacts à risque), ou lorsqu'ils sont asymptomatiques, dans des situations épidémiologiques nécessitant la réalisation de campagnes de dépistage

3. 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.

4. Anticipation par les agences régionales de santé

Les ARS sont informées par les services de l'éducation nationale ou par les plateformes territoriales de l'Assurance Maladie de tout cas survenant en milieu scolaire et dans les accueils collectifs de mineurs, afin d'assurer la coordination du dispositif de contact-tracing pour ces situations, et pouvoir apporter si nécessaire leur concours à l'identification des personnes contacts à risque au sein de l'établissement ou de l'accueil et un avis sanitaire sur des mesures de gestion spécifiques à engager (dépistage élargi, fermeture de classe, de l'accueil collectif, etc.).

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.

5. Gestion d'une personne présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19

Un mineur ou un encadrant qui présente des symptômes évocateurs de Covid-19 ne doit pas prendre part à l'accueil. Le directeur ou le responsable de l'accueil doit en être informé.

De la même manière, dès lors qu'un test de dépistage est prescrit à un mineur ou à un **encadrant ou en cas d'autotest positif**, même en l'absence de symptômes, celui-ci ne se rend pas à l'accueil (isolement dans l'attente du résultat du test) et en informe le directeur ou responsable de ce dernier.

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

- isolement immédiat de la personne symptomatique avec port d'un masque (sauf pour les mineurs de moins de 6 ans) 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 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 : 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/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 des contacts à risque au sein de l'accueil. Cela permet de gagner en réactivité lors de la confirmation du cas.

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

Les responsables légaux ou l'encadrant concernés informent le directeur ou le responsable de l'accueil qu'un mineur est un cas confirmé.

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

Le mineur ou l'encadrant cas confirmé 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 du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques)⁴.

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

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 6 ans ne sont pas tenus de porter le masque qui n'est pas recommandé.

7. Identification et gestion des personnes contacts à risque

⁴ Avis du HCSP du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2.

L'identification des contacts à risque au sein d'un accueil **parmi les personnels et en dehors du groupe pour les mineurs** doit prendre en compte le port du masque et le respect des gestes barrières et de la distanciation physique. Cette identification doit être initiée dès le premier cas, et doit considérer les différents temps de la vie scolaire, périscolaire et extrascolaire.

L'identification des contacts à risque se fait sur la période allant de 7 jours avant le test positif (pour les asymptomatiques) au jour de l'éviction 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 au jour de l'éviction.

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

Le directeur ou le responsable de l'accueil, en lien avec l'ARS, établit une 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 :

- **leur enfant fait l'objet d'une mesure éviction en raison de la suspension des activités de son groupe ;**
- soit leur enfant ou l'encadrant est susceptible d'être personne contact à risque et 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) n'est jamais divulgué.

Sur la base de cette liste potentielle, le directeur ou le responsable de l'accueil met en place des mesures d'évictions. Il s'agit d'une mesure de précaution en attendant la liste validée par l'ARS, laquelle sera envoyée à l'assurance maladie.

Validation des contacts à risque par l'ARS et mesures d'isolement

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.

Une information complémentaire (courrier communiqué par l'assurance maladie) est alors transmise par le directeur ou le responsable de l'accueil aux responsables légaux du mineur et aux encadrants afin de confirmer/infirmier la première information.

Ce courrier prescrit la mesure de quarantaine, 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 dans l'accueil collectif. Il permet également la délivrance de masques en pharmacie et l'obtention si nécessaire d'un arrêt de travail pour garde d'enfants pour les responsables légaux.

Si une suspicion de contact à risque est levée par l'ARS ou l'Assurance maladie, 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.

8. 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 de quarantaine des personnes contacts à risque.

Le directeur ou le responsable de l'accueil informe l'ARS de la survenue d'un cas confirmé. Il doit également surveiller l'apparition de cas au sein de la structure et informer l'ARS en cas d'apparition de 3 cas rapprochés dans le temps (définition d'un cluster, pouvant traduire une circulation active du virus).

Le directeur ou le responsable de l'accueil saisit l'ARS pour toute situation dont il estime qu'elle présente un risque particulier.

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).

9. 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.

10. Variantes du SARS-CoV-2

Survenue de variante britannique du SARS-CoV-2

La conduite à tenir autour d'un cas confirmé de la variante d'intérêt 20I/501Y.V1 (dite britannique) est la même que pour le cas général.

Survenue de variantes sud-africaine ou brésilienne du SARS-CoV-2

L'apparition d'une variante sud-africaine ou brésilienne du SARS-CoV-2 implique la suspension des activités du groupe de mineurs concerné. **Le contact-tracing se déroule également de la manière que dans le cas général.**

11. 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.