

**MALADIES
INFECTIEUSES**

MAI 2020

MÉTHODE

GUIDE POUR L'IDENTIFICATION
ET L'INVESTIGATION DE SITUATIONS
DE CAS GROUPÉS DE COVID-19

Ce guide a été rédigé par Santé publique France.

Il a été coordonné par la direction des régions et a bénéficié des contributions et de l'expérience de professionnels de santé publique des ARS.

Cette version datée du 25 mai 2020 pourra faire l'objet d'une mise à jour ultérieure (son utilisation et la capitalisation des expériences conduisant à faire évoluer ou à compléter certaines parties).

Sommaire

Préambule	4
Objectif de ce guide	5
Situations concernées par ce guide	5
Définitions	5
Une chaîne de transmission	5
Une situation de cas groupés ou « cluster »	6
Identification d'une chaîne de transmission ou d'une situation de cas groupés.....	6
Principe général	6
Origine des signaux.....	7
<i>Signalements reçus par l'ARS</i>	7
<i>Signaux issus de systèmes de surveillance (détection active)</i>	8
Principe général de l'organisation et des actions à mener suite à un signalement ou détection d'un regroupement de cas.....	9
Principe d'organisation	9
Séquence des actions	10
Préparation et déroulement de l'investigation (cf. fiches actions).....	11
Investigation active	11
Suivi de l'investigation	12
Analyse de l'évolution de la situation	12
<i>Situation de maîtrise du cluster</i>	12
<i>Clôture du cluster</i>	12
<i>Situation d'échappement du cluster</i>	12
Moyens nécessaires.....	13
<i>Critères pouvant servir à évaluer le niveau de criticité afin de prioriser les investigations et les moyens dédiés</i>	13
<i>Estimation des moyens nécessaires à l'investigation</i>	13
<i>Protection des équipes</i>	14
Communication et rétro-information.....	14
Remontée d'information lors du constat « d'échappement » du cluster	14
Informations nécessaires à l'investigation des cas groupés	15
Des informations sans caractère identifiant pour les personnes	15
<i>Lors du signalement</i>	15
<i>Pour le bilan de fin du recueil passif</i>	15
Des informations identifiantes pour les personnes.....	16
<i>Des informations sur les cas</i>	16
<i>Des informations sur les contacts</i>	16
Indicateurs à calculer pour le suivi épidémiologique des cas groupés au niveau régional et national.....	16
Sécurité et confidentialité des données collectées.....	17

ANNEXES	18
Annexe 1 / Liste des fiches action	18
• <i>Investigation cas groupés écoles (tous niveaux)</i>	19
• <i>Investigation cas groupés en EHPAD</i>	21
• <i>Investigation cas groupés en établissement de soins</i>	23
• <i>Investigation cas groupés en crèche, garderie</i>	25
• <i>Investigation cas groupés en milieu professionnel*</i>	26
• <i>Investigation cas groupés en milieu familial élargi</i>	28
• <i>Investigation cas groupés dans des lieux de vie ou d'hébergement (structures sociales ou médico-sociales, foyers de travailleurs...)</i>	30
• <i>Investigation cas groupés lors d'un événement public ou privé de rassemblements temporaires de personnes (cérémonies religieuses, festivités...)</i>	32
• <i>Investigation cas groupés transport terrestre (train, bus)</i>	33
• <i>Investigation cas groupés transports aériens</i>	34
• <i>Investigation cas groupés transports maritimes</i>	35
• <i>Investigation cas groupés dans une communauté vulnérable (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)</i>	37
• <i>Investigation cas groupés en établissement médicosocial (EMS) de personnes handicapées</i>	39
• <i>Investigation cas groupés en établissements pénitentiaires</i>	41
• <i>Investigation cas groupés en Structures de l'aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, maisons d'enfants à caractère social)</i>	42
• <i>Investigation cas groupés en Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe (Lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisés)</i>	43
Annexe 2 / Élément d'aide au classement du niveau de criticité	45
Annexe 3 / Logigramme pour l'enquête autour d'un cas en établissement de santé	46
Annexe 4 / Tableau détaillé des ETP nécessaires par activité et type de cluster	49

Préambule

La levée des mesures de confinement liées à l'épidémie de COVID-19 et la reprise des activités de la vie normale sont accompagnées d'un dispositif de contact-tracing.

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs de **limiter au maximum la diffusion du virus** à partir des nouveaux cas, de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible, et de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Les recommandations pour la réalisation des activités de contact-tracing et les éléments épidémiologiques d'appui à celles-ci sont décrits dans un guide de Santé publique France¹.

Le Minsante N°99 modifié 2 dans sa version du 09/05/20 décrit le dispositif national de contact-tracing et ses trois niveaux d'organisation².

Extrait : « Les ARS sont responsables de la coordination du dispositif de contact-tracing et de la mise en œuvre du niveau 3 du dispositif. A ce titre, elles sont chargées des missions suivantes en lien avec les cellules régionales de SpFrance :

- **appui méthodologique, de sensibilisation et de formation au contact-tracing** pour les niveaux 1 et 2 en tant que de besoin et appui à la gestion des situations de contact-tracing « atypique » rencontrés par le niveau 2 (information recueillie par l'agent du niveau 2 inhabituelle ou non couverte par les questionnaires cas et contacts par exemple) ;
- **gestion des « situations complexes »** : cas dans certaines collectivités et contacts multiples pour un cas en un même lieu ou dans des mêmes circonstances, sur la base d'un signalement par le niveau 2 ;
- **détection des chaînes de transmission et des clusters** sur la base des données du contact-tracing des niveaux 1 et 2 d'une part, et de l'analyse via SI-DEP de la distribution spatio-temporelle des cas confirmés d'autre part (pouvant mettre en évidence des regroupements de cas, même si ceux-ci ne se connaissent pas ou ne sont pas liés entre eux d'après les données du contact-tracing des niveaux 1 et 2) ;
- **intervention des équipes mobiles de réponse rapide multidisciplinaires** (investigations épidémiologiques de terrain et campagnes de test spécifiques) au niveau de clusters identifiés ;
- **production des indicateurs quotidiens du suivi du contact-tracing**, en lien avec l'Assurance Maladie. »

Le présent document s'intéresse plus particulièrement au troisième point qui concerne **les étapes de détection et de gestion des chaînes de transmission et des situations de cas groupés (clusters) d'infection à COVID-19**, notamment dans les collectivités. Ces étapes sont réalisées par les Agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France.

Les mesures de gestion autour des cas isolés survenant dans une collectivité ne font pas partie de ce guide.

1. Guide méthodologique d'investigation des cas et des personnes-contacts, pour la réalisation du contact-tracing, durant la période suivant le confinement. Santé publique France. Version au 28 avril 2020

2. Stratégie de contact-tracing post-confinement et aux modalités de sa mise en œuvre. Référence : Minsante n° 99 modifié 2 du 09/05/2020.

Objectif de ce guide

L'objectif de ce guide est de fournir un cadre commun aux professionnels intervenant au niveau 3 du dispositif de contact-tracing, pour :

- l'identification des situations de chaînes de transmission ou cas groupés ;
- leur investigation ;
- la proposition de mesures de contrôle spécifiques (fermeture de structures par exemple), en fonction de types de situations rencontrées ;
- la définition des moyens nécessaires pour chacune de ces étapes.

Ce cadre a vocation à être adapté aux organisations régionales mises en place, et partagé avec les délégations départementales de l'ARS et les plateformes de l'assurance maladie.

Il est complété de fiches actions en fonction des lieux ou circonstances de survenue des clusters. Celles-ci pourront évoluer par capitalisation d'expérience et peuvent être utilement adaptées au contexte de chaque région. De même, en fonction de l'évolution du cluster (diffusion en dehors de la collectivité par exemple), les investigations doivent être élargies autour de la collectivité afin d'identifier et rompre toutes les chaînes de transmission.

Situations concernées par ce guide

Les situations qui seront prises en charge par le niveau 3, sont :

- les chaînes de transmission et les situations de cas groupés dans toute collectivité ou communauté, incluant les clusters dans des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, dans des écoles, en milieu pénitentiaire, en milieu communautaire (augmentation du nombre de cas dans un village par exemple ou encore les situations présentant un caractère complexe) ; afin de proposer la mise en œuvre de mesures de contrôle spécifiques (fermeture de structures par exemple). Les définitions de cas et celles de situations de cas groupés sont précisées pour chaque type de collectivité dans le Minsante N°99 modifié 2 du 09/05/2020 et reprises dans les fiches action en annexe de ce document ;
- les cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement ou en collectivité (établissement scolaire, entreprise, établissement médico-social, établissement de santé).

Définitions

Une chaîne de transmission

Une chaîne de transmission est définie par la 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).

Une situation de cas groupés ou « cluster »

Un cluster ou épisode de cas groupés est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Ces situations incluent de manière non exhaustive des cas groupés familiaux élargis, en milieu professionnel, dans un lieu d'enseignement, de villégiature ou de détention, ou chez des personnes habitant une commune de petite taille ou qui ont voyagé ensemble de façon prolongée (ex : croisière, bateau).

Les définitions de cas confirmé, cas probable, cas possible, personne contact à risque, personne contact à risque négligeable sont détaillées dans d'autres documents de référence (guide du contact-tracing et Minsante N°99 modifié 2 du 09/05/2020) et mises à jour sur le site de SpFrance.

Identification d'une chaîne de transmission ou d'une situation de cas groupés

Principe général

L'identification d'une chaîne de transmission ou de cas groupés de Covid-19 peut se faire selon deux modalités principales : via le signalement au point focal régional de l'ARS (ou via la plateforme alerte) ou par les plateformes de l'assurance Maladie qui doivent signaler à l'ARS sans délais les suspicions de clusters ; par détection lors des enquêtes autour des cas ou de leurs contacts ; ou à partir de données de surveillance épidémiologique (virologie, passages aux urgences, consultations SOS médecins...). Pour ces dernières, le délai de remontée et de consolidation des données peut être de plusieurs jours, ce qui en fait un moyen d'identification des cas groupés moins réactif que le signalement immédiat.

En premier lieu, il est important d'insister sur l'importance de la formation et de la sensibilisation au signalement dans un objectif de santé publique. La veille et la culture du signalement à chacun des niveaux du dispositif de contact-tracing, notamment les niveaux 1 et 2, mais également dans les collectivités, et la réactivité de signalement constituent le principal levier d'intervention rapide.

Dans ce cadre, le niveau 3 doit mettre en place :

- **la formation des équipes des niveaux 1 et 2** à l'identification et signalement des suspicions de regroupement de cas, ainsi qu'une actualisation régulière des connaissances et des définitions ;
- **une sensibilisation active et régulière des collectivités et professionnels** pouvant identifier des regroupements de cas, dans l'objectif de favoriser la culture du signalement de santé publique ;
- **une organisation dans chaque région permettant de garantir l'exhaustivité du signalement de ces événements et la qualité du traitement du signal (validation et évaluation de la menace) dans un cadre collectif et réactif.** Le mode de fonctionnement en plateforme de veille et gestion sanitaire, associant équipes ARS et équipes régionales de SpFrance est le format qui doit être privilégié, organisation éprouvée s'appuyant sur un échange et un partage d'information réciproque. Ces principes sont définis *a priori* et des concertations régulières permettent la validation des signalements reçus, leur évaluation et de préciser au cas par cas les modalités d'investigation et de suivi ;

En second lieu, le niveau 3 organise une analyse et synthèse des informations collectées via les différentes sources disponibles avec un partage d'information et d'expérience entre les équipes intervenant pour le niveau 3 mais également le niveau 2, partage d'informations pouvant prendre la forme de réunions quotidiennes de clôture de journée.

Enfin, une approche cartographique sera mise en place à partir des données des résultats des tests biologiques issues du système SI-DEP afin d'identifier des zones à plus forte circulation virale pouvant suggérer l'existence de clusters. Ce dispositif est un outil de surveillance qui ne remplace pas les deux précédents et ne peut être utilisé seul pour valider des clusters. Il est complémentaire et doit permettre d'identifier des regroupements temporo-spatiaux au niveau de la population dans une région et éventuellement en inter régional. Cette analyse vient en complément du travail de veille réalisé quotidiennement par les niveaux 1 à 3, sans le remplacer.

Origine des signaux

Signalements reçus par l'ARS

Les signalements de suspicion de cas groupés ou d'une chaîne de transmission reçus à l'ARS sont analysés selon les procédures habituelles mises en place au sein des plateformes de veille et gestion sanitaire des ARS (réception – validation – évaluation de la menace). Les signalements auront principalement pour origine :

- les particuliers (cas, contacts, autres),
- les professionnels de santé,
- des institutions (mairie, communauté, établissement, associations, entreprises...).

Les signalements de regroupement de cas sont généralement transmis à la plateforme de réception des signaux de l'ARS par la direction et/ou le service de médecine du travail de l'établissement et/ou les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) dans le cas d'établissements de santé.

La plateforme assurance maladies mise en place pour le Covid (niveau 2)

Lors de l'identification d'une chaîne de transmission ou d'une situation de cas groupés, le superviseur de la plateforme de l'assurance maladie contacte sans délais les référents désignés par l'ARS, afin que le signalement puisse être pris en charge par la plateforme de l'ARS (niveau 3).

Extrait du DU MINSANTE N°99 modifié 2 09/05/2020: « *La suspicion ou l'identification d'une chaîne de transmission (au moins 3 cas - 1 puis 2 ou 1 puis 1 - avec des délais entre deux cas cohérents avec une transmission du virus) ou d'un cluster (épisode de cas groupés défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables TDM+, dans une période de 7 jours, appartenant à la même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'elles se connaissent ou non) par le niveau 2 fait également l'objet d'un signalement au niveau 3 par un appel doublé d'un mail du référent médical territorial de la plateforme de l'Assurance Maladie à l'ARS (et par l'indication spécifique prévue à cet effet dans « Contact COVID »). Le signalement doit être réalisé sans délai afin que cette situation fasse l'objet d'une investigation épidémiologique spécifique de l'ARS en lien avec la Cellule régionale de Santé publique France, et le cas échéant de la mobilisation d'une équipe de terrain dédiée pour assurer la prise en charge d'un grand nombre de personnes. Les modalités précises du contact-tracing pour ces situations sont définies au cas par cas entre le niveau 2 et le niveau 3.*

Dans l'objectif d'identification d'éventuels clusters, la situation particulière d'1 cas ayant eu 11 contacts à risque ou plus au sein d'un même lieu (ouvert ou fermé) ou dans des mêmes circonstances (rassemblement de personnes par exemple, campements, bidonvilles, squats...) est systématiquement signalée par le niveau 2 à l'ARS par la transmission sans délai par mail

d'une fiche navette et l'indication prévue à cet effet dans la base « Contact COVID » (NB : le nombre de personnes pouvant se rassembler est limité au 11/05 à 10 personnes). Les regroupements de personnes inférieurs à 11 doivent toutefois être examinés au niveau 2 avec attention pour repérer d'éventuelles situations à risque de devenir un cluster.

Les ARS auront également accès à l'ensemble des données du contact-tracing des niveaux 1 et 2 colligées dans la base « Contact COVID » (par extraction de données dans un premier temps, puis très rapidement par accès direct à la base par login+mdp), leur permettant de réaliser des analyses complémentaires pour détecter les chaînes de transmission et les clusters.

A noter enfin qu'une suspicion de cas groupés ou d'une chaîne de transmission peut être notifiée directement à l'ARS via la plateforme alerte dans le cadre de ses missions d'alerte, par exemple par un médecin, un employeur, un directeur d'école ou d'un établissement médico-social, etc. L'ARS devra s'assurer de l'intégration de ce signalement au dispositif de contact-tracing. »

Les établissements de santé

Les établissements de santé (ES) ont une action de contact-tracing interne, d'analyse du risque et de contrôle dès le premier cas (patient, soignant, visiteur). Face à la survenue de cas groupés, les ES déclenchent en interne immédiatement des actions d'identification des sujets contacts, d'évaluation de leur risque, et des mesures de contrôle (EOH, médecine du travail). Une conduite à tenir a été élaborée par Santé publique France, les CPIAS, l'APHP et le GERES (Annexe 3).

Le niveau 3 (ARS / cellule régionale SpFrance / CPIAS) en est informé entre autres en raison des possibilités de conséquences communautaires de tels événements. Les signalements de cas groupés survenus parmi les soignants ou les cas nosocomiaux sont transmis à l'ARS et au CPIAS via le portail e-SIN. Par ce portail, le CPIAS est informé en raison des possibilités de conséquences inter-établissements de santé par les biais des transferts de patients avant la découverte du cluster.

Signaux issus de systèmes de surveillance (détection active)

Détection à partir des données de laboratoires (base SI-DEP)

La surveillance de l'activité diagnostique biologique (virologie RT-PCR) est un des piliers du dispositif. Il est prévu que ces résultats soient colligés en temps réel à partir de toutes les sources de diagnostic (publiques et privées) incluant l'identification des personnes prélevées, l'âge, le sexe, le lieu de diagnostic et la commune de résidence. La base de données SI-DEP, sera directement accessible aux acteurs de contact-tracing des niveaux 2 et 3 de la région.

Santé publique France aura accès à une base de données « pseudonymisée » à l'échelle de la commune et proposera une approche cartographique afin d'identifier des zones à plus forte circulation virale pouvant suggérer l'existence de clusters. Dans un second temps, un travail sera mené pour étudier la pertinence de mise en place d'une méthode statistique de détection de regroupement temporo-spatial de cas compte tenu du mode de transmission de la maladie.

Détection à partir des données de contact-tracing (base Contact COVID)

Les ARS auront également accès à l'ensemble des données du contact-tracing des niveaux 1 et 2 colligées dans la base « Contact COVID » développée par l'Assurance maladie et permettant de réaliser des analyses complémentaires pour détecter les chaînes de transmission et les clusters à partir des données d'investigation collectées lors des interrogatoires des cas et des personnes contacts à risque par le Niveau 2. Ces données pourront contribuer à identifier des chaînes de transmission ou cluster.

Détection à partir de la surveillance dans les établissements médico-sociaux (EMS)³

Un système de surveillance via une application Voozано, est en place pour tous les établissements pour personnes âgées (EHPAD), et tous les autres types d'établissements médico-sociaux hébergeant des résidents (personnes handicapées, foyers pour enfants, foyers de migrants, foyers de jeune travailleurs...). L'objectif est d'identifier précocement une circulation virale au sein de ces établissements de manière très réactive, afin que les ARS (niveau 3) puissent mettre en œuvre les mesures de contrôle.

Pour les clusters en établissements de santé ou médico-sociaux, l'ARS dispose de tout le concours des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) des établissements de santé et du Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIas).

Détection à partir des données de surveillance syndromique (Oscour, SOS médecin)

La surveillance syndromique basée sur les consultations en médecine de ville (SOS médecins) ou dans les services d'urgences de la région contribue au dispositif épidémiologique de suivi du Covid-19 par Santé publique France. Une augmentation soudaine et localisée à un établissement ou à des établissements d'une même zone géographique du recours à la médecine de ville ou aux urgences peut constituer un signal de cas groupés et nécessite d'être investiguée par le niveau 3 comme indiqué ci-dessus.

Principe général de l'organisation et des actions à mener suite à un signalement ou détection d'un regroupement de cas

Principe d'organisation

L'organisation proposée repose sur :

- **une instance régionale de coordination et de pilotage.** Cette instance bénéficie de l'appui de la cellule régionale de Santé publique France qui apporte son expertise épidémiologique aux actions de formation/sensibilisation, à la surveillance, à l'identification des clusters et à leur investigation, et fait également le lien avec le niveau national de Santé publique France ;
- **une déclinaison départementale** en coordination avec l'instance régionale, indispensable pour une plus grande réactivité et une optimisation de la gestion au niveau local ;
- **des équipes mobiles d'investigation pré positionnées au niveau départemental.** Dans le cas où l'investigation du cluster à distance s'avère difficile ou compliquée pour guider efficacement les mesures de gestion (en cas de situation complexe ou en présence d'un nombre élevé de cas et de contacts, ou en l'absence de réduction de la circulation virale malgré des mesures de gestion mises en place par exemple), une équipe mobile d'investigation de cluster est déclenchée par le niveau 3 du dispositif, en lien avec la cellule régionale de Santé publique France et la déclinaison départementale de l'ARS (DD-ARS notamment). Elle comprend un médecin ou infirmière de santé publique de l'ARS, éventuellement renforcés d'autres agents ARS, d'un ou plusieurs épidémiologiste(s) de la Cellule régionale de Santé publique France si nécessaire et de personnels extérieurs à

3. Le contact-tracing de niveau 3 pour les ESMS notamment les EHPAD ne remet pas en question le dispositif de surveillance sanitaire dans le cadre du signalement des décès et des cas de COVID-19 via le portail des signalements/Voozано.

mobiliser en fonction de la situation auprès des services d'hygiène de la ville, de PMI, de la médecine scolaire et de l'éducation nationale, de la médecine du travail, des équipes opérationnelles et mobiles d'hygiène (EOH et EMH), ou d'associations (CLAT par exemple). Dans certains départements, ces équipes mobiles peuvent être composées d'opérateurs indépendants agissant à la demande de l'ARS pour son compte le temps de l'investigation. Ces personnes seront formées à l'investigation épidémiologique de terrain. L'équipe mobile mène l'investigation en interrogeant les cas et les contacts, elle évalue la situation locale et les modalités à mettre en œuvre pour contrôler l'extension du cluster. Un dépistage de tous les cas et les contacts peut être décidé et organisé sur place par des équipes de préleveurs (laboratoires, hôpitaux, SDIS, professionnels de santé) ou dans un centre dédié Covid ou dans des laboratoires en fonction de la situation. La stratégie de dépistage est définie par l'ARS. Les mesures de gestion en dehors des mesures immédiates déjà mises en œuvre seront complétées par le niveau 3 en fonction des premiers résultats de l'investigation.

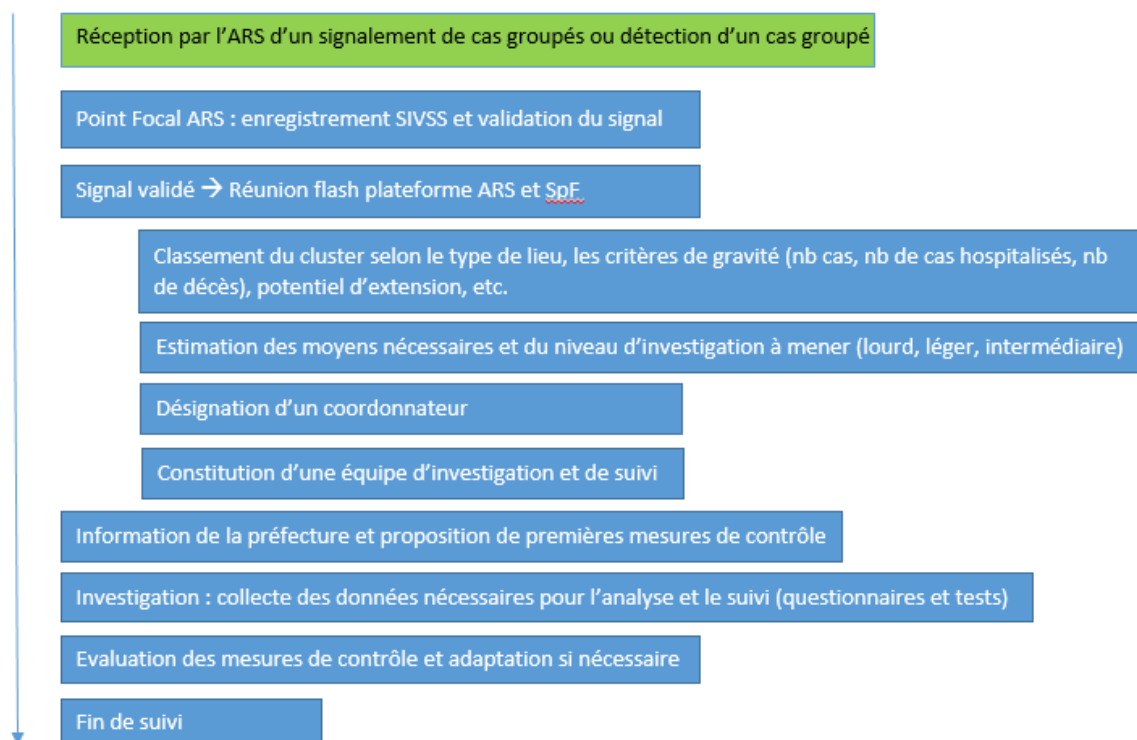
Séquence des actions

Les fonctions sont réparties au sein des équipes constituant le niveau 3 du dispositif de contact-tracing. Les grands principes proposés sont décrits ci-dessous :

- **Dès la réception du signal, le niveau 3 en lien avec la délégation départementale (selon l'organisation choisie) fait une analyse rapide de la situation et valide le signal.**
- **Les premières mesures de gestion sont mises en place** et l'investigation est préparée à l'aide des fiches actions de ce guide. Ces mesures peuvent inclure des actions de dépistage élargies d'emblée. Si cela s'avère nécessaire, un protocole d'investigation spécifique peut être rédigé.
- **La délégation départementale en lien avec l'instance régionale mène l'investigation** du cluster avec l'équipe mobile si un déplacement sur le terrain est nécessaire (cf. fiches actions).
- **Les données des cas et des contacts sont saisies dans l'outil choisi localement par l'ARS.** Cette base de données contenant des informations individuelles à caractère personnel doit respecter les règles de protection des données personnelles et les critères de sécurisations des flux et des accès.
- **Une analyse épidémiologique est réalisée quotidiennement, ainsi qu'un bilan hebdomadaire** pour accompagner le suivi et évaluer les mesures de gestion, incluant les indicateurs caractéristiques de chaque cluster (cf. détail plus bas). Les données produites sont agrégées dans le respect des critères d'anonymat.

I FIGURE 1 I

Séquence de réception et traitement des signalements de cas groupés au sein du niveau 3 du dispositif de contact-tracing COVID-19



Préparation et déroulement de l'investigation (cf. fiches actions)

L'investigation d'un cluster COVID-19 doit être réalisée sans délai, et a pour objectifs opérationnels la description de la transmission, le repérage de critères de sévérité rendant son impact plus important ou son contrôle plus difficile, l'identification des options de gestion possibles d'emblée ou après acquisition d'informations permettant d'envisager de rompre les chaînes de transmission. À défaut de contrôler le cluster, ce qui est possible sous certaines conditions, le freinage de son expansion reste un objectif important. Un retour vers une circulation communautaire persistante est possible en cas d'échappement. Dans ces conditions plusieurs phases sont à considérer :

Investigation active

Cette première phase doit être mise en œuvre dans les meilleurs délais et analysée en temps réel, au vu des délais habituels observés entre la survenue de 2 générations de cas (4 à 7 jours). Elle doit permettre l'identification d'une ou plusieurs chaînes de transmission avec une estimation du nombre de générations de cas.

Simultanément à la prise des premières mesures de contrôle, l'investigation, sur place ou à distance, déléguée partiellement à des opérateurs, a pour but de décrire le contexte de survenue du cluster, de caractériser les chaînes de transmission, leur nombre, leur extension géographique ou

populationnelle, et d'analyser le risque que ce cluster soit à un stade nécessitant des mesures de contrôle d'ampleur ou d'échelle géographique supérieures. Les investigations doivent être faites autant que possible à distance pour ne pas exposer inutilement des agents.

Cette phase doit s'accompagner d'une analyse de la pertinence d'un dépistage ciblé ou large ayant pour but d'identifier les cas peu-symptomatiques voire asymptomatiques contribuant éventuellement à la transmission.

Cette phase est très consommatrice de ressources. Elle doit permettre une description et une compréhension la plus complète possible de l'évènement pour mettre en place des mesures additionnelles de gestion si nécessaire.

Suivi de l'investigation

La phase 2 est une phase de suivi évolutif par recueil passif des informations descriptives de nouveaux cas éventuels et de résultats d'actions de dépistage.

Le passage à cette phase doit permettre de libérer des ressources pour de nouvelles investigations de clusters. Un retour en phase 1 ne doit pas être exclu dans certains cas.

Analyse de l'évolution de la situation

L'analyse doit renseigner sur la capacité à contrôler le cluster.

Situation de maîtrise du cluster

- Diminution régulière du nombre de cas confirmés et probables,
- Diminution du nombre de contacts et mesures d'isolement respectées,
- Maîtrise des chaînes de transmission,
- Efficacité des mesures de gestions pour contenir le cluster.

Dans cette configuration, la probabilité de survenue d'un nouveau cas est fortement diminuée.

Clôture du cluster

Si aucun nouveau cas n'a été rapporté après le délai de 14 jours depuis la date de début des signes (ou de diagnostic) du dernier cas rattaché au cluster et que la quatorzaine de tous les contacts est terminée, la levée des mesures contraignantes peut être envisagée. Le signal est clôturé. La décision de clôture est de la responsabilité de l'ARS après proposition des équipes d'investigation.

Situation d'échappement du cluster

- Pas de diminution du nombre de nouveaux cas confirmés et probables,
- Augmentation du nombre de contacts et difficulté de mise en œuvre de leur isolement
- Persistance de chaînes de transmission non identifiées,
- Peu d'efficacité des mesures de gestions pour contenir le cluster.

La poursuite de l'investigation peut mobiliser un nombre de plus en plus important d'enquêteurs sans pouvoir maîtriser l'évolution du cluster. L'issue de cette phase peut être de considérer la reprise d'une circulation diffuse communautaire nécessitant une surveillance populationnelle et des

mesures de gestion plus macroscopiques (limitation des déplacements, arrêt de l'activité concernée, jusqu'au confinement sectorisé).

Moyens nécessaires

Critères pouvant servir à évaluer le niveau de criticité afin de prioriser les investigations et les moyens dédiés

L'annexe 2 propose des critères pouvant permettre de prioriser les investigations et les moyens dédiés. En premier lieu le principe est bien de détecter le plus tôt possible tout regroupement de cas et de mettre en place les premières mesures de contrôle et une investigation. Toutefois, selon les situations rencontrées, il peut être nécessaire d'organiser les moyens à déployer en fonction du niveau de criticité du signalement de cas groupés à investiguer. Les critères présentés sont empiriques et pourront évoluer en fonction des expériences capitalisées.

L'analyse du niveau de criticité doit dans tous les cas être menée de façon collégiale et partagée. Cette analyse doit pouvoir également être ré évaluée en fonction des premiers éléments recueillis lors de l'investigation.

La sensibilité médiatique du cluster doit également être évaluée par l'ARS indépendamment des critères épidémiologiques.

Estimation des moyens nécessaires à l'investigation

Ces estimations sont basées sur les besoins requis par des situations différentes. Elles sont fournies à titre indicatif et ne recouvrent pas toute l'activité de « gestion de crise ARS » très variable selon les situations, ni les activités d'opérateurs extérieurs (brigades ou équipes effectuant du recueil de données sur place, organisation de solutions hôtelières, dépistage élargi...) ou de préfectures en appui.

Les ETP considérés distinguent les tâches d'investigation, de la gestion des sujets contacts, de l'organisation générale, selon les paramètres ci-dessous (tableau) pour les missions des organisations de niveau 3 pour les clusters. Le temps de recueil de données sur le terrain n'est pas pris en compte, dans la mesure où cette option ne sera pas systématique et où les temps consommés varient beaucoup selon les situations.

L'estimation des besoins RH pour les activités liées à la détection et investigation des clusters au sein des plateformes de niveau 3 est aussi basée sur deux scénarios :

- cluster en milieu ou groupe restreint (événement familial limité ou petite collectivité) : il s'agit d'un scénario « scénario bas » ;
- cluster en milieu plus « ouvert ou large » : scénario moyen/haut.

Outre la taille, il faut en effet considérer une différence entre ces scénarios pour le nombre de contacts par cas : 5 pour le premier scénario car ils ont des contacts communs et 10 pour le second scénario. Le nombre de sujets contacts s'épuise au fur et à mesure de l'investigation.

Néanmoins, il s'agit ici d'estimations qui ne prennent pas en compte les contacts communs entre plusieurs cas, ce qui aurait pour effet de réduire le nombre de contacts par cas.

I TABLEAU 1 I

Paramètres à prendre en compte pour le dimensionnement des moyens

TÂCHE	PARAMÈTRES	TEMPS
INVESTIGATION	Appel d'un cas confirmé	30 minutes
	Saisie d'un cas confirmé	5 minutes
	Cluster : saisie des questionnaires, analyse et réalisation des bilans	12h au total
GESTION DES CONTACTS	Point interne quotidien	30 minutes
	Appel d'un contact	15 minutes
	Saisie d'un contact	1 minute
ORGANISATION	Suivi quotidien d'un contact	5 minutes par jour
	Cas simples : réunions	2h par jour
	Cluster : organisation des plateaux d'appel et formation des appelants + réunions	4h par cluster

Protection des équipes

Lorsqu'un déplacement sur le terrain est prévu, la préparation de l'investigation doit intégrer une évaluation des risques individuels pour les agents qui doivent être équipés du matériel nécessaire (masques chirurgicaux, SHA). Les moyens de transport utilisés doivent également permettre d'éviter de partager un lieu confiné pendant un temps prolongé (par exemple, pour les trajets en voiture de longue durée, un nombre minimum d'occupants est préconisé et doit s'accompagner du port du masque durant le trajet).

En retour d'investigation, un débriefing doit permettre de juger d'expositions potentielles devant conduire le cas échéant à une quatorzaine de personnels de l'équipe d'investigation.

Communication et rétro-information

La communication doit être discutée en fonction de la situation rencontrée. L'objectif principal étant d'informer la population dans un objectif de prévention du risque. L'équipe en charge de l'investigation doit être protégée des demandes de communication qui doivent être assurée par un niveau de coordination.

La rétro-information a pour objectif la sensibilisation des populations et acteurs impliqués dans un objectif de renforcement du signalement et des mesures de contrôle. Elle doit également intégrer une évaluation de l'efficacité des mesures de contrôle.

Remontée d'information lors du constat « d'échappement » du cluster

Le constat « d'échappement du cluster », c'est-à-dire de non efficacité des mesures de contrôle doit être signalé sans délais au niveau régional (CRAPS) et national selon les procédures habituelles de remontées des alertes.

Informations nécessaires à l'investigation des cas groupés

Les informations ci-dessous sont nécessaires à la conduite des investigations et à l'évaluation de la situation épidémiologique. Elles doivent être recueillies par les équipes d'investigation et partagées, dans une logique métier, au sein du niveau 3 et de la plateforme de veille sanitaire de l'ARS, comme cela est le cas pour tout type d'investigation de cas groupés de maladies infectieuses.

Des informations sans caractère identifiant pour les personnes

Lors du signalement

- Localisation (nom de la collectivité éventuelle concernée et adresse, code postal)
- Nature de la collectivité (type d'institution le cas échéant, effectif)
- Facteurs de vulnérabilité associés à cette collectivité : conditions de vie, précarité sociale, promiscuité...
- Type de cluster (milieu scolaire, familial, familial élargi, autre collectivité, transport, géographique...)
- Date de signalement du cluster à l'ARS
- Origine du signalement
- Date de validation du signal
- Lien du cluster avec des cas d'une autre région
- Date début d'investigation
- Structure en charge de l'investigation
- Indicateurs de sévérité/complexité
- Délai entre la date des signes (DDS) du premier cas et le signalement/identification du cluster
- Nombre de cas (confirmés ou probables / possibles)
- Dont nombre de formes sévères (hospitalisation)
- Dont nombre de décès

Pour le bilan de fin du recueil passif

- Nombre total de cas (confirmés, probables)
 - Dont nombre de formes sévères,
 - *Dont nombre de décès*
- Nombre total de contacts
 - Dont nombre de contacts isolés
 - Dont nombre de contacts avec des signes cliniques
- Date des signes du dernier cas connu
- Nombre de chaînes de transmission identifiées
- Nombre de génération de cas
- Evolution
 - Cluster maîtrisé
 - Diffusion communautaire
 - Investigation encore en cours
 - Cluster clôturé
- Mesures de contrôle et dates de mise en œuvre
 - Fermeture collectivité
 - Dépistage élargi
 - Confinement localisé
 - Autres

Des informations identifiantes pour les personnes

Des informations sur les cas

- Les cas et leurs caractéristiques individuelles (âge, sexe, date des signes, signes cliniques, testé et résultats de tests)
- Le lien entre les cas pour identifier les chaînes de transmission

Des informations sur les contacts

- Les contacts à risque (coordonnées, date du dernier contact, isolé, dépisté et résultat)
- Les liens avec les contacts pour identifier les chaînes de transmission lorsqu'un contact est diagnostiqué positif

Indicateurs à calculer pour le suivi épidémiologique des cas groupés au niveau régional et national

1. Nombre de clusters validés (nombre total et nombre sur les 7 derniers jours) - Niveau régional et départemental
2. Nombre de clusters validés par type de collectivités (cf. annexe 1)
3. Nombre de cas / hospitalisations / décès (Total et par classes)

Caractéristiques	N	%
Nombre de cas confirmés ou probables		
< 5 cas		
5 à 9 cas		
≥ 10 cas		
dont nombre d'hospitalisations		
< 5 hospitalisations		
5 à 9 hospitalisations		
≥ 10 hospitalisations		
dont nombre de décès		
0 décès		
Au moins un décès		

4. Indicateur d'évolution

Evolution	N	%
En cours d'investigation		
Maîtrisé (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas)		
Diffusion communautaire		
Clôturé (absence de nouveau cas 14 j après la date de début des signes ou de diagnostic du dernier cas confirmé ou probable ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts)		

5. Niveau de criticité (potentielle de transmission et impact) (cf. annexe 2)

Criticité	N	%
Limitée		
Modérée		
Elevée		

Sécurités et confidentialité des données collectées

Les ARS sont responsables de la sécurité des outils de transmission et systèmes d'information de collecte et de partage de données à caractère personnel nécessaires aux équipes d'investigation. Elles s'assurent que ces outils de partages, de collectes et de transmissions respectent les principes du RGPD.

Les ARS s'assurent de l'information préalable des personnes concernées et mettent à disposition des équipes d'investigation les éléments nécessaires à l'information des personnes à enquêter. Santé publique France est responsable des éventuels traitements de données à caractère personnel qu'elle met en œuvre sur ses serveurs à partir des données transmises et mises à disposition par l'ARS.

ANNEXES

Annexe 1 / Fiches action

1. Investigation cas groupés écoles (tous niveaux)
2. Investigation cas groupés en EHPAD
3. Investigation cas groupés en établissement de soins
4. Investigation cas groupés en crèche, garderie
5. Investigation cas groupés en milieu professionnel*
6. Investigation cas groupés en milieu familial élargi
7. Investigation cas groupés dans des lieux de vie ou d'hébergement (structures sociales ou médico-sociales, foyers de travailleurs...)
8. Investigation cas groupés lors d'un évènement public ou privé de rassemblements temporaires de personnes (cérémonies religieuses, festivités...)
9. Investigation cas groupés transport terrestre (train, bus)
10. Investigation cas groupés transports aériens
11. Investigation cas groupés transports maritimes
12. Investigation cas groupés dans une communauté vulnérable (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)
13. Investigation cas groupés en établissement médicosocial (EMS) de personnes handicapées
14. Investigation cas groupés en établissements pénitentiaires
15. Investigation cas groupés en Structures de l'aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, maisons d'enfants à caractère social)
16. Investigation cas groupés en Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe (Lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisés)

Investigation cas groupés écoles (tous niveaux)

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement par école, plateforme AM, parents élèves, etc.
- Actif : identification lors du contact-tracing d'un cas

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés dans une école est défini par la survenue d'au moins 3 cas (enfant ou adulte) confirmés ou probables dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même école.

Critères de complexité

- Nombre de cas initiaux > 3, délai long entre DDS du 1^{er} cas et la détection du cluster, vitesse de survenue des nouveaux cas (+3 cas en 48h), plus de 3 générations vraisemblables de cas, plus de 3 chaînes de transmission, ou absence de chaîne de transmission expliquant le cluster
- Mesures barrières difficile à appliquer selon l'âge, risque d'activités croisées en dehors des classes et de l'école.

Options de gestion immédiates

Fermeture des classes des cas et des contacts à risque + signalement sans délai de tout nouveau cas (mise en place d'une surveillance)

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

- Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période de 7 jours)
- Multiples générations de cas et/ou chaînes de transmission (n>4), cluster difficile à maîtriser
- Circulation communautaire établie, on passe à des mesures contraignantes

Acteurs de l'investigation

Éducation Nationale, services de santé scolaires, services communaux, conseil départemental, Région, ARS, SpFrance

Informations à collecter

- Infos cas (ID, DDS, âge, classe, Date diagnostic),
- Infos contacts (ID, classe),
- infos école (nb d'élèves, nb de classes par niveau, lieux de rassemblement possibles hors classe dans l'école, lieux de rassemblement hors de l'école...).

Modalités de collecte

À distance en lien avec tous les partenaires, la médecine scolaire et la direction de l'établissement étant plus particulièrement impliqués dans le recueil des cas et de contacts. Une investigation sur place est décidée par ARS-SPFRANCE si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée (Equipe mobile d'intervention rapide et/ou équipe d'investigation).

Modalités de suivi

Appel quotidien des parents des contacts et appel quotidien de l'établissement. Suivi des lieux de rassemblement hors école identifiés ainsi que des clusters familiaux.

Stratégie de dépistage

Cas et contacts (selon situation, envisager dépistage élargi en lien avec l'ARS)

Critères de clôture (réouverture possible des écoles/classe)

- Pas de nouveaux cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou le diagnostic du dernier cas confirmé ou probable et la fin de la quatorzaine des contacts.
- Pas de détection de circulation communautaire autre que des cas intrafamiliaux liés aux cas du cluster initial

Documents connexes

- Covid19-Protocole sanitaire réouverture d'écoles
- Covid19-Protocole sanitaire réouverture collèges et lycées
- <https://www.education.gouv.fr/coronavirus-covid-19-reouverture-des-ecoles-colleges-et-lycees-303546>

Investigation cas groupés en EHPAD

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement direct par établissement (directeur, cadre de santé, medCo, etc.) ou EOH/ Cpias.
- Actif : Veille quotidienne du SI VoozEHPAD/ESMS Covid19

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés dans un EHPAD est défini par la survenue d'au moins 3 cas (résident ou personnel y compris les intervenants extérieurs) confirmés ou probables, dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, Signalement ou mises à jour tardifs dans le SI, plus de 3 chaînes de transmission, type de professionnel confirmé (si extérieur à établissement ou travaillant dans sites multiples. Mesures barrières difficiles à appliquer pour certains EHPAD

Options de gestion immédiates

- Isolement en chambre, arrêt des activités et des visites, arrêt des intervenants extérieurs
- Vérifications de la mise en œuvre des règles sanitaires et des mesures de protections individuelles pour les personnels et les résidents
- Evaluations des besoins en matériel de protection

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

- Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période d'au moins 7 jours)
- Identification des chaînes de transmission
- Si cluster difficile à contrôler surveillance passive et mises en œuvre de mesures par ARS et Cpias

Acteurs de l'investigation

ARS, Cpias, EOH, SpFrance, médecin coordinateur, direction EHPAD

Informations à collecter

- Infos cas : ID, DDS, âge (si personnel), statut, date diagnostic,
- Infos contacts (ID, cercles de vie/loisir et de travail),
- Mesures mises en place, moyens nécessaires à l'établissement : RH, matériels (EPI...)...

Pour les intervenants extérieurs collecter les noms des autres structures fréquentées.

Modalités de collecte

À distance le plus souvent ou sur place en lien avec EOH de l'établissement de référence. Le Cpias peut conduire une investigation si difficultés majeures de recueil d'infos et d'organisation. Les cas familiaux en lien avec le cluster sont détectés.

Modalités de suivi

Le suivi du cluster se fait via les bilans quotidiens saisis par l'EHPAD dans le SI. Un contact téléphonique régulier des gestionnaires ARS avec les établissements permet d'intervenir rapidement si des incohérences ou une augmentation de cas sont identifiés.

Stratégie de dépistage

Cas et contacts : tous les résidents dans l'EHPAD et les professionnels (ou par secteur selon la structure de l'établissement) + contacts à risque extérieurs à l'EHPAD.

Critères de clôture

- Pas de nouveau cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou le diagnostic du dernier cas probable ou confirmé parmi les résidents et le personnel au sein de l'EHPAD et la fin de la quatorzaine des contacts.
- Pas de diffusion communautaire autre que des cas intrafamiliaux liés aux cas du cluster initial.

Documents connexes

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-etablissements-hebergeant-personnes_agees-covid-19.pdf
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_distribution_masque_sortie_confinement_esms.pdf
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-lignes-directrices-offre-soins-covid-19.pdf>

Investigation cas groupés en établissement de soins

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement via le laboratoire (résultat positif), (patient sorti à DOM ou transféré dans une autre structure)
- Actif : signalement via e-SIN

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés dans un établissement de soins est défini par la survenue d'au moins 3 cas (patients, soignants ou visiteurs) confirmés ou probables ayant eu un contact rapproché au cours de l'hospitalisation. Les personnes concernées peuvent ne pas appartenir au même service mais doivent avoir fréquenté le même établissement à la même période (au moins 1 jour).

Critères de complexité

Fréquence des gestes à risques dans le contexte hospitalier, multiplication des intervenants (consultations, examens...), mobilité des cas (retour à domicile, transfert...).

Options de gestion immédiates

- Regroupement des cas dans une unité en isolement, de préférence spécialisée COVID-19
- Signalement des transferts auprès des établissements d'accueil

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période suffisante) au sein de l'établissement.

Acteurs de l'investigation

EOH, Cpias, ARS, SpFrance

Informations à collecter

- Infos cas et contacts (ID, test effectué ou non, mode de contact, etc.),
- Recherche des transferts et retour à domicile.

L'investigation des cas et des contacts est réalisée sur place par l'EOH en lien avec l'ARS et SpFrance.

Modalités de collecte

À distance ou sur place (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée) en relais des EOH

Modalités de suivi

Appel quotidien des contacts et appel quotidien de l'établissement et/ou mise à jour sur e-sin

Stratégie de dépistage

Cas et contacts

Critères de clôture

- Pas de nouveau cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou le diagnostic du dernier cas probable ou confirmé parmi les patients et le personnel au sein de l'ES et la fin de la quatorzaine des contacts.
- Pas de diffusion communautaire autre que des cas intrafamiliaux liés aux cas du cluster initial.

En complément, voir logigramme « enquête autour d'un cas en établissement de santé ».

Investigation cas groupés en crèche, garderie

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : Signalement par Directrice de la crèche, service de PMI, Pédiatre référent ou laboratoire référent de la crèche le plus souvent sur la plateforme de réception des signaux ou niveau 2 de la plateforme AM
- Actif : à partir de données de la base ContactCovid.

Définition de cas

Au moins 3 cas confirmés ou probables dans la crèche parmi le personnel y compris ceux de la cuisine et/ou parmi les enfants, dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

Nombre de cas > 3. Déclaration tardive après la date de DDS du premier cas. Survenue de plusieurs cas en 48h. Plusieurs sections touchées dans la crèche. Mesures barrières difficiles à appliquer pour les plus grands.

Options de gestion immédiate

Fermeture de la structure pour désinfection. Vérification du protocole des mesures barrières, désinfection et distanciation du personnel. Isolements des cas et des contacts.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

- Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période de 7 jours)
- Multiples générations de cas et/ou chaînes de transmission (n>4) cluster non maîtrisable
- Circulation communautaire établie

Acteurs de l'investigation

ARS, Cellule régionale si nécessaire, PMI, Conseil départemental, directrice de l'établissement, pédiatre référent, laboratoire référent pour centraliser les prélèvements.

Informations à collecter

- Infos cas (ID, DDS, âge, section, date diagnostic),
- Infos contacts (ID, âge, section).
- Infos concernant la crèche (Nombre de personnel et d'enfants par section, identification des lieux d'échanges entre sections, salle de jeu, prise des repas...).

Modalités de collecte

A distance ou sur place (beaucoup de cas, nécessité de revoir les protocoles sanitaires et organisation)

Modalités de suivi

Déclaration quotidienne de la directrice de la crèche de tout nouveau cas possible ou confirmé par téléphone ou par mail.

Stratégie de dépistage

Dépistage rapide du personnel. Si PCR négative, refaire un test à J7. Si symptômes respiratoires et PCR négative faire un scanner thoracique pour vérifier l'absence de pneumonie caractéristique.

Pas de dépistage pour les enfants asymptomatiques et discuter du dépistage des enfants symptomatiques avec pédiatre et infectiologue de référence.

Investigation cas groupés en milieu professionnel*

* À l'exception des milieux professionnels déjà inclus dans une autre fiche (professionnels en milieu scolaire, en milieu hospitalier, en EHPAD, en crèche...).

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement par un service de santé au travail – SST- (médecin, infirmier...) – Importance de sensibiliser en amont les SST au signalement (rappel du signalement de suspicion de tout type de cas groupés, comme c'est le cas dans le cadre du Gast)
- Actif : identification lors du contact-tracing d'un cas

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés dans une entreprise est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, délai long entre DDS du 1^{er} cas et la détection du cluster, vitesse de survenue des nouveaux cas (+3 cas en 48h), plus de 3 générations vraisemblables de cas, plus de 3 chaînes de transmission, ou absence de chaîne de transmission expliquant le cluster. Mesures barrières (distanciation sociale, gestions des flux, mise en œuvre nettoyage des surfaces) difficiles à appliquer selon la typologie de l'entreprise ou la situation du type d'emploi.

Options de gestion immédiates

- Prendre contact avec le SST
- Mise en télétravail ou éviction des cas et des contacts (Arrêt travail) *a minima*
- Mise en télétravail ou éviction de l'ensemble du personnel du service (si cas dans le même service, si échanges / interactions importantes entre les personnels du service, avec difficulté d'application de mesures barrière)
- Mise en télétravail ou éviction de l'ensemble du personnel de l'entreprise (si beaucoup d'échange / de contacts entre les personnels dans l'entreprise, avec difficulté d'application de mesures barrière)

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

- Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période de 7 jours).
- Multiples générations de cas et/ou chaînes de transmission (n>4) cluster non maîtrisable.
- Circulation communautaire établie.

Acteurs de l'investigation

Service de santé au travail, service de prévention, ARS, SpFrance, direction de l'entreprise, information de l'inspection médicale de la Direccte si nécessaire.

Informations à collecter

- Infos cas (ID, DDS, âge, service, date diagnostic),
- Infos contacts (ID, service),
- infos sur l'entreprise (nb de personnes dans le service, nb de personnes dans l'entreprise, lieux de rassemblement possibles : réunions, salles de pause, cantine, vestiaire...),
- infos sur d'éventuelles entreprises sous-traitantes. L'investigation des cas se fait en étroite collaboration avec le service de santé au travail.
- L'investigation recense également les contacts familiaux et hors entreprise.

Modalités de collecte

À distance ou sur place (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée). Les modalités d'investigation sont à évaluer par l'ARS et SpFrance en lien avec le SST.

Modalités de suivi

Appel quotidien des contacts et appel quotidien du SST de l'entreprise

Stratégie de dépistage

Cas et contacts en lien avec la médecine du travail. Un dépistage d'une unité ou d'un service peut être décidé en accord avec les différents acteurs.

Critères de clôture :

- Pas de nouveau cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou le diagnostic du dernier cas probable ou confirmé au sein de l'entreprise et la fin de la quatorzaine des contacts.
- Pas de diffusion communautaire autre que des cas intrafamiliaux liés aux cas du cluster initial.

Documents connexes

Protocole national de déconfinement des entreprises :

<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-national-de-deconfinement.pdf>

Investigation cas groupés en milieu familial élargi

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement par médecin Niveau 1, plateforme AM Niveau 2.
- Actif : identification lors du contact-tracing d'un cas

Définition de cas

Cluster dépassant le cadre d'un foyer familial unique, avec chaîne de transmission vraisemblable entre plusieurs domiciles familiaux en raison de fréquent contacts et/ou d'événements familiaux collectifs. Survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, délai long entre DDS du 1^{er} cas et la détection du cluster, vitesse de survenue des nouveaux cas (+3 cas en 48h), plus de 3 générations vraisemblables de cas, plus de 3 chaînes de transmission, ou absence de chaîne de transmission expliquant le cluster. Les foyers peuvent être regroupés à une échelle géographique limitée ou dispersés sur une ou plusieurs communes / quartiers. Cela ne signe pas forcément une diffusion communautaire large.

Options de gestion immédiates

- Mesures proposées dans le cadre familial habituel, incluant les mesures barrières, l'isolement des sujets confirmés, le dépistage de l'ensemble des sujets contacts familiaux, voire les solutions d'hébergement selon les critères habituels.
- Dans le cas de groupes familiaux ayant un mode de vie communautaire, se reporter à la fiche action dédiée.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période suffisante)

Acteurs de l'investigation

ARS et Santé publique France

Informations à collecter

- Infos cas (ID, DDS, âge, Date diagnostic),
- Centralisation des informations sur les contacts des différents foyers familiaux.

Modalités de collecte

À distance sauf exception L'ARS et SpFrance peuvent décider de l'envoi d'une équipe mobile d'intervention sur site.

Modalités de suivi

Appel quotidien des contacts

Stratégie de dépistage

Concerne les cas et tous les contacts (a priori exhaustif sur le groupe familial élargi)

Critères de clôture

- Pas de nouveaux cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou du diagnostic du dernier cas et de la fin de quatorzaine des contacts.
- Pas de détection de cas, de chaîne de transmission ou de cluster impliquant des contacts hors de ce cercle familial élargi.
- pas de détection de circulation communautaire

Investigation cas groupés dans des lieux de vie ou d'hébergement (structures sociales ou médico-sociales, foyers de travailleurs...)

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement direct à l'ARS par la structure, une association
- Actif : situation identifiée lors du CT, veille quotidienne sur le SI VoozEHPAD/EMS Covid19

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, résidant ou exerçant dans la structure (salarié, bénévole, intervenant extérieur, etc.), dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

- Personnes étrangères, besoin d'interprétariat
- Promiscuité, conditions d'hygiène parfois précaires
- Hébergement d'urgence : présence ponctuelle pouvant rendre compliqué le suivi des personnes
- Un foyer de JT regroupe des jeunes actifs ou en insertion professionnelle, ce qui suppose des contacts extérieurs
- Structure ouverte : intervenants extérieurs, bénévoles, associatifs pour animer des ateliers collectifs et réaliser un accompagnement individuel
- Pas nécessairement de présence médicale en continu (structure non médicalisée)

Options de gestion immédiates

- Isolement souhaitable du ou des cas confirmé(s) dans un lieu dédié
- Recensement des personnes contact à risque dans et en dehors de la structure pour mise en quatorzaine et réalisation d'un test de dépistage
- Interruption des activités collectives, nettoyage/désinfection des parties communes
- Quantité suffisante d'équipements de protection pour la mise en œuvre des gestes barrière

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période de 7 jours) au sein de l'établissement.

Acteurs de l'investigation

ARS / Santé publique France en lien étroit avec la direction de la structure, les associations intervenantes (MSF, etc.).

Informations à collecter

S'appuyer sur les questionnaires d'investigation des cas et des sujets contacts

Modalités de collecte

À distance ou sur place (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée) en relais avec la structure et les associations

Modalités de suivi

Appel quotidien de la structure pour faire un point détaillé sur l'évolution de la situation ou fiches quotidienne de suivi

Stratégie de dépistage

Cas et contacts à risque. Le dépistage du personnel peut être envisagé en lien avec l'ARS.

Investigation cas groupés lors d'un évènement public ou privé de rassemblements temporaires de personnes (cérémonies religieuses, festivités...)

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement spontané par un participant ou l'organisateur de l'évènement
- Actif : lors du CT, le cas déclare avoir participé à un évènement ayant réuni 11 personnes ou plus dans un même lieu (rassemblement, fête, réunion, congrès, etc.).

Définition de cas

Survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables sur une période de 7 jours, parmi les participants à un même rassemblement.

Critères de complexité

- Évènement susceptible de réunir des personnes de différentes régions
- Grand nombre de participants
- Absence de liste des participants

Options de gestion immédiates

- Mettre fin au rassemblement s'il est toujours en cours (ex : séminaire de plusieurs jours)
- S'assurer de la prise en charge et de l'isolement des cas confirmés
- Identifier l'organisateur pour recenser l'ensemble des personnes ayant participé à l'évènement et mener une évaluation individuelle de leur exposition
- Pour les personnes identifiées comme ayant eu un contact à risque : mesure de quatorzaine (si asymptomatique) ou d'isolement strict (si symptomatique) et dépistage systématique

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période suffisante)

Acteurs de l'investigation

ARS / Santé publique France, organisateur

Informations à collecter

Au moyen des questionnaires, investigation des cas, de tous les participants (type de contact++) pour ne retenir que les personnes contact à risque.

Modalités de collecte

À distance le plus souvent si évènement terminé et en inter-régional si les participants sont dispersés dans plusieurs régions. Une investigation sur place peut être utile pour évaluer les modes de transmissions.

Modalités de suivi

Appel quotidien des cas et des personnes contact

Stratégie de dépistage

Pour les sujets contact à risque : réalisation d'un test de dépistage par RT-PCR 7 jours après le dernier contact avec un cas confirmé, et sans délai en cas d'apparition de symptômes. Si le test RT-PCR est négatif à J+7 du dernier contact, la quatorzaine peut être allégée sous conditions.

Investigation cas groupés transport terrestre (train, bus)

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : Signalement à la plateforme de l'ARS, par le Centre crise sanitaire (CCS) ou CORRUSS ou par le niveau 1 ou 2 de la plateforme AM
- Actif : se fait en lien avec le CCS ou CORRUSS car souvent plusieurs régions impactées.

Définition de cas

Survenue dans une période de 7 jours d'au moins 3 cas confirmés ou probables ayant voyagé dans le même train ou bus.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, délai entre DDS du 1^{er} cas et la détection du cluster avec cas dispersés dans différentes régions ou pays, vitesse de survenue des nouveaux cas (+3 cas en 48h). Si les cas sont diagnostiqués à bord; confinement/isolément temporaire à bord du train ou du bus avec gestion complexe du débarquement des cas confirmés et contacts.

Options de gestion immédiate

Confinement si cas à bord et information du CCS ou CORRUSS, dans la mesure du possible. Sinon prise en charge des cas et contacts pour leur isolement et dépistage.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Investigation des cas dépend de la possibilité d'obtenir la liste des passagers pour les trains et les bus, les attributions de siège sont indicatives car possibilité de changement à bord.

Acteurs de l'investigation

ARS, CORRUSS, Préfecture, SNCF, compagnies de bus.

Informations à collecter :

Outre les infos cliniques et coordonnées précises des cas, recueillir date, horaires du trajet, n° de train, compagnie opérant le voyage, numéro de siège, déplacements pendant le trajet. Les personnes contacts sont celles occupant les 2 sièges voisins sur tous les côtés. Evaluer le niveau de risque en fonction de la durée d'exposition et de portage d'EPI.

Modalités de collecte :

À distance le plus souvent ou sur place, à évaluer à évaluer avec la compagnie opérant le voyage (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'assemblée).

Modalités de suivi :

Le suivi se fait jusqu'au départ des passagers en lien avec le CCS, la préfecture et les corps consulaires pour les passagers étrangers. Le suivi se fait en lien avec le CORRUSS si signalement après le débarquement.

Stratégie de dépistage :

Dépistage des contacts à risque symptomatiques et asymptomatiques. Dépistage du personnel symptomatique et des chauffeurs de bus. Un dépistage de tout le personnel à bord du train peut être décidé en lien avec la médecine du travail de la SNCF.

Critères de clôture

Sont fixés par les différents acteurs locaux impliqués dans la gestion du cluster.

Investigation cas groupés transports aériens

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : Signalement à la plateforme de l'ARS, par le Centre crise sanitaire (CCS) ou CORRUSS, dans le cadre du règlement sanitaire international, ou par le niveau 1 ou 2 de la plateforme AM
- Actif : se fait en lien avec le CCS ou CORRUSS car souvent plusieurs régions impactées.

Définition de cas

Survenue dans une période de 7 jours d'au moins 3 cas confirmés ou probables ayant voyagé dans le même avion.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, délai entre DDS du 1^{er} cas et la détection du cluster avec cas dispersés dans différentes régions ou pays, vitesse de survenue des nouveaux cas (+3 cas en 48h). Si les cas sont diagnostiqués à bord; gestion complexe du débarquement des cas confirmés et contacts.

Options de gestion immédiate

Prise en charge et isolement des cas confirmés et contacts si cas à bord et information du CCS ou CORRUSS.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Investigation des cas dépend de la possibilité d'obtenir la liste des passagers en se basant sur les fiches de traçabilité.

Acteurs de l'investigation

ARS, CORRUSS ou CCS, personnes en charge du RSI, Préfecture, aéroport.

Informations à collecter

Outre les infos cliniques et coordonnées précises des cas, recueillir date, horaires du trajet, N° de vol, compagnie opérant le voyage, numéro de siège, déplacements pendant le trajet. Les personnes contacts sont celles occupant les 2 sièges voisins sur tous les côtés. Evaluer le niveau de risque en fonction de la durée d'exposition et le portage d'EPI

Modalités de collecte

À distance le plus souvent ou sur place, à évaluer avec la compagnie opérant le voyage (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée).

Modalités de suivi

Le suivi du cluster se fait jusqu'au départ des passagers en lien avec le CCS, la préfecture et les corps consulaires pour les passagers étrangers. Le suivi se fait en lien avec le CORRUSS si signalement après le débarquement.

Stratégie de dépistage

Dépistage des contacts à risque symptomatiques et asymptomatiques. Dépistage du personnel symptomatique. Un dépistage de tout le personnel peut être décidé en lien avec les responsables sanitaires de l'aéroport.

Critères de clôture

Sont fixés par les différents acteurs locaux impliqués dans la gestion du cluster.

Investigation cas groupés transports maritimes

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : Signalement à la plateforme de l'ARS, par le Centre crise sanitaire (CCS) ou CORRUSS, dans le cadre du règlement sanitaire international, ou par le niveau 1 ou 2 de la plateforme AM
- Actif : se fait en lien avec la VSS, le représentant RSI de l'ARS sur analyse des déclarations maritimes de santé (DMS) et annexes (historique des débarquements de passagers malades en lien avec l'agent maritime). Contact avec le point focal national si nécessaire pour retrouver des cas confirmés débarqués lors des escales précédentes.

Définition de cas

Survenue dans une période de 7 jours, d'au moins 3 cas confirmés ou probables à bord du bateau.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, délai entre DDS du 1^{er} cas et la détection du cluster avec cas dispersés dans différentes régions ou pays, vitesse de survenue des nouveaux cas (+3 cas en 48h). Si les cas sont diagnostiqués à bord; confinement/isolément à bord du bateau. Gestion complexe du débarquement des cas confirmés et recherche des contacts.

Options de gestion immédiate

Confinement si cas à bord et information du CCS ou CORRUSS

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Investigation des cas dépend de la possibilité d'obtenir la liste des passagers en lien avec le CCS et le préfet maritime. L'agent maritime est facilitateur.

Acteurs de l'investigation

ARS, CORRUSS, personnes en charge du RSI, Préfecture, Préfet maritime, Capitainerie du port, agents maritimes.

Informations à collecter

Outre les infos cliniques et coordonnées précises des cas, recueillir date d'apparition des cas, Nom du bateau, compagnie opérant le voyage, numéro de cabine, déplacements pendant le trajet. Liste des passagers et équipage avec nationalités et N° de cabine fournie par l'agent maritime. Les personnes contacts sont celles qui ont eu des contacts à risques pendant le voyage. Evaluer le niveau de risque en fonction de la durée d'exposition et le portage d'EPI

Modalités de collecte

À distance le plus souvent ou sur place, à évaluer avec la compagnie opérant le voyage (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée).

Modalités de suivi

Le suivi se fait jusqu'au départ des passagers en lien avec le CCS, la préfecture et les corps consulaires pour les passagers étrangers.

Stratégie de dépistage

Dépistage du personnel et passagers symptomatiques. Dépistage des contacts à risque. Un dépistage de tout le personnel peut être décidé par l'ARS en lien avec le médecin de bord du bateau.

Critères de clôture

Sont fixés par les différents acteurs locaux impliqués dans la gestion du cluster.

Investigation cas groupés dans une communauté vulnérable (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : médecin niveau 1 ou hospitalier, plate-forme Assurance maladie, association ou acteur local (travailleurs sociaux, collectivité)...
- Actif : identification lors du CT d'un cas

Définition de cas

Survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, parmi les personnes de la communauté sur une période de 7 jours.

Critères de complexité

- Barrière de la langue (interprétariat)
- Personnes en situation irrégulière (risque d'être perdu de vue)
- Mesures barrières difficile à appliquer, promiscuité, surpopulation des logements, absence d'accès simple à l'eau et aux sanitaires.

Options de gestion immédiates

- Mise en place d'une équipe pluridisciplinaire incluant des acteurs habituels identifiés par la communauté et s'impliquant dans la médiation
- Inclusion des représentants de la communauté dans la gestion de l'évènement
- Protection du reste de la communauté en cas de survenue limitée à un premier groupe familial même élargi (cas des grandes communautés).
- Proposition systématique et rapide d'une solution d'hébergement pour les cas confirmés
- Dépistage sur place préférentiel éventuellement élargi (équipe mobile) et recueil épidémiologique
- Quatorzaine sur place ou dans le cadre d'une solution d'hébergement des sujets contacts. En cas de confinement sur place sécuriser l'autonomie alimentaire durant la période de quatorzaine.
- Renforcement des mesures d'hygiène et d'accès aux produits d'hygiène incluant l'accès à l'eau.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Importance du taux d'attaque cumulé, du nombre de générations de cas et de chaînes de transmission : surveillance à l'échelle de la communauté

Acteurs de l'investigation :

Associatifs (sanitaires et sociaux, aide alimentaire), médiateurs, MSF, MDM, centres de santé, équipes mobiles d'intervention rapide incluant fonctions repérage, dépistage, évaluation médicale, recueil épidémiologique simple.

Informations à collecter

Infos foyers et composition des foyers dont effectifs cas possibles et asymptomatiques, Infos cas (ID, DDS, âge, DDD), Infos contacts (ID, collectivités concernées, écoles, etc.). Aperçu spatial des lieux concernés (campement, habitat précaire ou spontané)

Modalités de collecte

Sur place en général par équipe mobile rapide d'intervention en lien avec les acteurs locaux.

Modalités de suivi

Maintien d'une présence sanitaire incluant une offre de dépistage sur place pluri-hebdomadaire et permettant évaluation et recueil de données simplifiées.

Stratégie de dépistage

Cas et contacts (et selon situation, envisager dépistage élargi)

Critères de clôture

Pas de nouveau cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou le diagnostic du dernier cas probable ou confirmé au sein de la communauté et la fin de la quatorzaine des contacts.

Investigation cas groupés en établissement médicosocial (EMS) de personnes handicapées

Modalités de signalement

- Passif : signalement par établissement auprès de l'ARS
- Actif : veille quotidienne de SI VoozEHPAD/ESMS Covid19

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés dans un établissement médicosocial pour personnes handicapées est défini par la survenue d'au moins 3 cas (résidents, soignants ou visiteurs) confirmés ou probables sur une période de 7 jours. Les personnes concernées peuvent ne pas être hébergés dans les mêmes locaux mais ils doivent avoir fréquenté le même établissement à la même période (au moins 1 jour).

Critères de complexité

Fréquence des gestes à risques dans le contexte d'une prise en charge de soins et d'aide à la vie courante, multiplication des intervenants, possibilités d'allées et venues avec le domicile pour certains patients.

Si une école est intégrée ou associée à l'établissement : appliquer la fiche N°1 en complémentaire

Options de gestion immédiates

- Regroupement des cas dans une unité en isolement, dédiée COVID-19 pour ceux dont l'hospitalisation n'est pas indispensable ; transfert vers les unités hospitalières COVID-19 pour les autres.
- Les possibilités de regroupement doivent tenir compte des soins de rééducation indispensables à maintenir.
- Les retours à domicile autorisés sont suspendus.
- Signalement sans délai de tout nouveau cas (mise en place d'une surveillance)

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement.

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période suffisante) au sein de l'établissement.

Acteurs de l'investigation

Direction de la structure, correspondants en hygiène, EOH relais (si convention avec un ES), SpFrance, ARS

Informations à collecter

Infos cas (ID, DDS, dates retours à domicile, dates prises en charge), locaux hébergement/rééducation fréquentés. Infos contacts (ID, cercles de vie/loisir et de travail). Pour les intervenants extérieurs collecter les noms des autres structures fréquentées.

Modalités de collecte

À distance ou sur place (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée) en relais des EOH lorsqu'une convention existe avec un ES.

Modalités de suivi

Appel quotidien des contacts et appel quotidien de l'établissement et/ou mise à jour sur VoozEHPAD/ESMS Covid19

Stratégie de dépistage

Cas et contacts, Un dépistage élargi peut être envisagé par l'ARS et SpFrance en lien avec la structure en cas de difficultés à déterminer les contacts des cas et le niveau de risque du contact.

Critères de maîtrise du risque

- Pas de nouveaux cas parmi les contacts durant au moins 14 jours après le début des signes ou diagnostic du derniers cas et la fin de la quatorzaine des contacts.
- Pas d'autres cas dans des structures reliées à l'établissement
- Pas de cas communautaires

Documents connexes

- <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-lignes-directrices-offre-soins-covid-19.pdf>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-consignes-essms-covid-19.pdf>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reprise-activite-externats-medico-sociaux.pdf>
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_distribution_masque_sortie_confinement_essms.pdf

Investigation cas groupés en établissements pénitentiaires

Modalités de signalement

- Passif : Signalement à la plateforme des signaux de l'ARS, au référent « soins en détention » de l'ARS au siège ou en DD.
- Actif : Identification lors d'un contact-tracing. Dans tous les cas, la VSS doit être informée.

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés dans un établissement pénitentiaire est défini par la survenue d'au moins **3 cas** (personne incarcéré ou personnel) confirmés (RT-PCR positive) ou probables (scanner informatif), dans une période de **7 jours**.

Critères de complexité

- Milieu clos marqué par la surpopulation carcérale au sein des maisons d'arrêt et la promiscuité.
- Interactions nombreuses avec le milieu extérieur : personnels pénitentiaires ; personnels soignants ; Education nationale ; milieu du travail en détention ; parloirs...
- Risque de tension au sein de l'établissement pénitentiaire.

Options de gestion immédiates

- Isolement des détenus Covid + en cellule individuelle et quatorzaine pour les contacts.
- Hospitalisation des cas confirmés selon doctrine régionale.
- Nettoyage désinfection des parties communes utilisées par les détenus Covid +.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

- Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période d'au moins 7 jours)
- Identification des chaînes de transmission.

Acteurs de l'investigation

Médecin coordonnateur et cadre de l'USMP ; direction de l'établissement pénitentiaire ; référent soins en détention siège/DD ; ARS-VSS et SpFrance.

Informations à collecter :

- Infos cas (ID, DDS, âge, date d'entrée dans l'établissement pénitentiaire ; si moins de 14 jours entrant venant de liberté ou transfert ; Date diagnostic, facteurs de risque)
- Infos contacts détenus (ID, cellule, parties communes fréquentées dont douches, activités communes ; salles d'attente dont USMP ; parloirs ; auxiliaires)
- Infos personnels (le personnel soignant et le personnel pénitentiaire en contact avec les détenus portent un masque et sont protégés).
- Les mesures de sécurité au parloir (masque ; distance physique ; plexiglass) sont normalement protectrices pour le détenu et le visiteur.

Modalités de collecte :

Médecin coordonnateur de l'USMP et direction de l'établissement pénitentiaire.

Modalités de suivi

Contact quotidien entre l'administration pénitentiaire et le référent soins en détention de l'ARS (siège ou DD – à déterminer lors de la réception du signal)

Investigation cas groupés en Structures de l'aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, maisons d'enfants à caractère social)

Modalités de signalement

- Passif: signalement direct par établissement (directeur, infirmière, médecin référent), conseil départemental
- Actif: Veille quotidienne du SI VoozEHPAD/ESMS Covid19

Définition de cas

Survenue d'au moins 3 cas (enfant ou personnel) confirmés ou probables au sein de la structure, dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

Nombre de cas initiaux > 3, Signalement ou mises à jour tardifs dans le SI, plus de 3 chaînes de transmission, type de professionnel confirmé (si extérieur à établissement ou travaillant dans sites multiples).

Options de gestion immédiates

- Isolement en chambre, arrêt des activités et des visites, arrêt des intervenants extérieurs
- Vérifications de la mise en œuvre des règles sanitaires et des mesures de protections individuelles pour les personnels et les résidents.
- Evaluations des besoins en matériel de protection.

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

- Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période d'au moins 7 jours)
- Identification des chaînes de transmission

Acteurs de l'investigation

Conseil départemental, directeur établissement, ARS, CR de SpFrance

Informations à collecter

Infos cas (ID, DDS, âge, chambre, étage, Date diagnostic), Infos contacts (ID, chambre, étage), infos Structure (nb d'enfants, nb personnels, lieux de rassemblement etc.)

Modalités de collecte

A distance le plus souvent via le signalement dans le SI VoozEHPAD/ESMS Covid19.

Modalités de suivi

Suivi via les fiches de bilans quotidiens du SI et contact de l'établissement si incohérences ou augmentation rapide des cas

Stratégie de dépistage

Dépistage des cas et des contacts

Investigation cas groupés en Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe (Lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisés)

Modalités de signalement à l'ARS

- Passif : signalement direct à l'ARS par la structure, une association
- Actif : situation identifiée lors du CT, veille quotidienne sur le SI VoozEHPAD/EMS Covid19

Définition de cas

Un cluster ou épisode de cas groupés est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, résidant ou exerçant dans la structure (salarié, bénévole, intervenant extérieur, etc.), dans une période de 7 jours.

Critères de complexité

- Personnes étrangères, besoin d'interprétariat
- Personnes vulnérables avec comorbidités liées au parcours de vie
- Intervenants extérieurs, bénévoles, associatifs pour activités non médicales

Options de gestion immédiates

- Isolement souhaitable des cas confirmé(s) dans un lieu dédié Covid 19 au sein de la structure. Si impossibilité transférer les cas dans un centre d'hébergement Covid
- Recensement des personnes contact à risque dans et en dehors de la structure pour mise en quatorzaine et réalisation d'un test de dépistage
- Interruption des visites, nettoyage/désinfection des parties communes
- Quantité suffisante d'équipements de protection pour la mise en œuvre des gestes barrière

Délai de mise en œuvre de l'investigation

Dès le signalement

Critères d'arrêt de l'investigation active (passage en recueil passif)

Contrôle vraisemblable du cluster (absence de nouveau cas sur une période de 7 jours) au sein de l'établissement.

Acteurs de l'investigation

ARS / Santé publique France en lien étroit avec la direction de la structure, les associations intervenantes (MSF, etc.)

Informations à collecter

S'appuyer sur les questionnaires d'investigation des cas et des sujets contacts

Modalités de collecte

À distance ou sur place (si impossibilité de collecte à distance ou si situation complexe d'emblée) en relais avec la structure et le médecin coordonnateur

Modalités de suivi

Appel quotidien de la structure pour faire un point détaillé sur l'évolution de la situation ou fiches quotidienne de suivi

Stratégie de dépistage

Cas et contacts à risque. Le dépistage du personnel peut être envisagé en lien avec l'ARS.

Critères de clôture

- Pas de nouveaux cas durant au moins 14 jours après le début des signes ou du diagnostic du derniers cas et la fin de la quatorzaine des contacts.
- Pas de circulation communautaire.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/employeurs-responsables-lhss-lam-covid-19.pdf>

Annexe 2 / Élément d'aide au classement du niveau de criticité

Critères épidémiologiques	A	B	C
Nombre de cas confirmés ou probable	< 5	5 à 9	>9
Ratio nombre de cas/taille collectivité	<5%	10%	15%
La collectivité présente un facteur de vulnérabilité	Aucun	Médicale	Sociale et médicale
Critères de sévérité des cas	Ni hosp ni DC	<5 hosp sans DC	>5 hosp et/ou DC*
Génération (délai DDS ou date dépistage à défaut-date du signal)	≤7j	8- 14j	>14
Risque d'essaimage à distance	Faible*	Modérée*	Élevée*

* Faible : les personnes exposées à la transmission ne se sont pas déplacées à distance du lieu d'exposition ; modérée : au moins une personne exposée à la transmission s'est déplacée à distance (en dehors du département); élevée : >4 personnes exposées à la transmission se sont déplacées en dehors du département.

Remarque : l'absence ou l'imprécision de données sur un des critères ne doit pas empêcher l'évaluation de la criticité.

Niveau de criticité épidémiologique

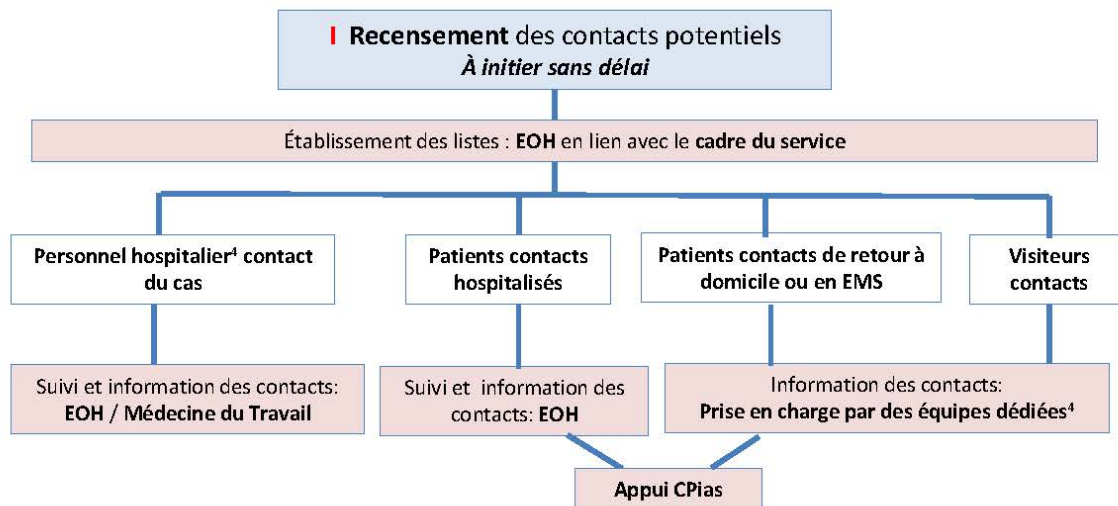
Au moins 1C	Élevée
Au moins 1B sans C	Modérée
Que des A	Limitée

* Pour les EHPAD, la catégorie C est attribuée sans considération du nombre de cas, ni du nombre d'hospitalisations ou de décès.

L'existence d'un risque médiatique peut être mentionnée indépendamment de la criticité épidémiologique. Son appréciation relève de la responsabilité de l'ARS.

Annexe 3 / Logigramme pour l'enquête autour d'un cas en établissement de santé

Enquête autour d'un cas probable¹ ou confirmé² COVID-19 (découverte fortuite ou cas groupés³) en établissement de santé
Conduite à tenir – 20 mai 2020



I. Recensement des personnes contacts :

- **Pourquoi** : rechercher les personnes contacts de tout cas probable¹ ou confirmé² afin d'identifier les nouveaux cas et d'interrompre la chaîne de transmission
- **Par qui** : le cadre du service en collaboration avec l'EOH
- **Comment**:
 1. **Définir à partir du parcours du(des) cas probable(s) ou confirmé(s) la période d'exposition des contacts** :
 - Pour les patients ou les soignants symptomatiques : **48h avant l'apparition des symptômes** et jusqu'à la mise en place des **mesures d'isolement**.
 - Pour les patients ou les soignants asymptomatiques : **7 jours avant le prélèvement PCR** ayant permis le diagnostic et jusqu'à la mise en place des **mesures d'isolement**.
 2. **Avec ou sans l'aide de la personne classée en « cas confirmé » ou « cas probable ».**
 3. **En retraçant tout son parcours depuis son arrivée au sein de l'ES** :
 - Locaux fréquentés concernant les :
 - Patients et visiteurs: unités d'hospitalisation ou d'hébergement, salles de consultations et d'attente, lieux publics (salle des familles, cafétéria, salle de télévision, boutiques...)
 - Personnels: service, salle de détente, vestiaires, self, cafétéria, zone fumeur,...
 - Personnes contacts :
 - Patients et visiteurs : voisins de chambre, de salle de rééducation, de salle de restauration,...
 - Personnels : ensemble des personnels soignants concernés sans oublier, les brancardiers, les manipulateurs radio, les techniciens de laboratoire, les agents administratifs du bureau des entrées, ainsi que les représentants des cultes ou les prestataires de services internes à l'établissement (bionettoyage, cafétéria, boutiques, ...)
 - Pour chaque cas et contact recueillir les données nécessaires pour le renseignement des questionnaires « patient » (cas probable ou confirmé) et des questionnaires personnes-contact (disponibles sur « Contact COVID » à l'aide du téléservice ameli-Pro du même nom)
 - **Délai** : à **initier sans délai**

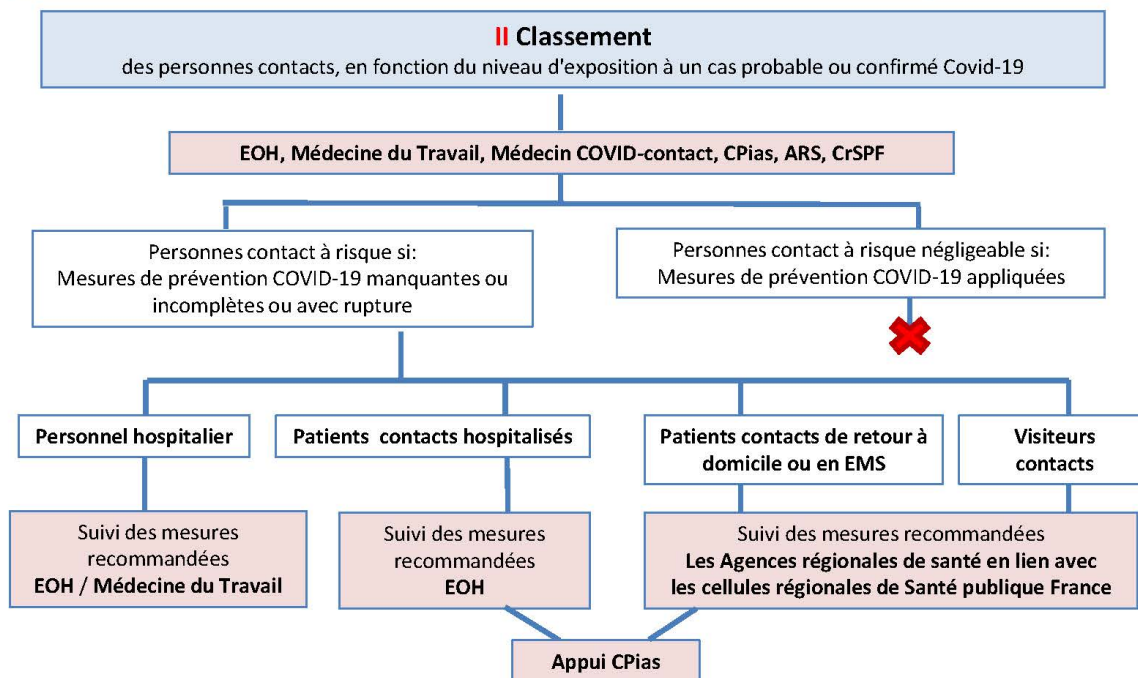
1. Cas confirmé : personne pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR pour la recherche de SARS-CoV-2.

2. Cas probable : personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19 (définition restrictive dans le cas du COVID-tracing)

3. Survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours (MINSANTE 2020 N°99-2)

4. Personnels médicaux et paramédicaux, brancardiers, manipulateurs radio, kiné, diététiciens, techniciens de laboratoires, manipulateurs de radiologie, prestataires extérieurs, étudiants, personnel administratif...

**Enquête autour d'un cas probable¹ ou confirmé² COVID-19
(découverte fortuite ou cas groupés³) en établissement de santé**
Conduite à tenir – 20 mai 2020



II. Classement des personnes contacts : La période à risque d'exposition débute 48h avant le début des symptômes. Si le cas index était asymptomatique, cette période débute 7 jours avant la date du prélèvement.

- **Qui** : EOH, Médecine du Travail, médecin hospitalier désigné COVID-contact, CPias, ARS
- **Comment** :

- La personne **contact à risque** est une personne qui :
 1. En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :
 - Hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ;
 - Masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas OU la personne contact ;
 2. A eu les expositions suivantes:
 - partage des mêmes locaux que le cas confirmé ;
 - contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (conversation, repas, salle d'attente,...).
 En revanche, des personnes croisées de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque ;
 - actes d'hygiène ou de soins (reçus ou prodigués);
 - partage d'un espace confiné (bureau ou salle de réunion, salle d'attente, transport sanitaire,...)
 - face à face, à moins de 2 mètres et pendant au moins 15 minutes ou à l'occasion d'épisode de toux ou d'éternuement ;
- La personne contact à **risque négligeable** :
 - toutes les autres situations de contact ;
 - cas de COVID-19 déjà identifié, confirmé par RT-PCR, guéri ou encore malade, en tenant compte des instructions s'appliquant aux cas confirmés si le patient est toujours malade.

**Enquête autour d'un cas probable¹ ou confirmé² COVID-19
(découverte fortuite ou cas groupés³) en établissement de santé
Conduite à tenir – 20 mai 2020**



III. Procédure de Contact/Tracing:

- Le recensement de personnes-contacts à risque et d'un éventuel besoin d'appui pour un hébergement est effectué dans la base « Contact COVID » à l'aide d'un téléservice ameli-Pro du même nom
 - Les données collectées sont directement enregistrées dans la plateforme par les médecins hospitaliers
 - L'ensemble des établissements hospitaliers ont accès à la plateforme: contacter la CPAM pour obtenir les codes de connexion
- *Si la plateforme n'est pas opérationnelle pour votre établissement ou à la date du 11 mai: contacter la CPAM qui doit mettre à disposition un système provisoire sécurisé à disposition de l'établissement.*

IV. Mesures pour les personnes contacts

a) Mesures à prendre par les personnes contacts à risque négligeable

- Aucune mesure.

b) Mesures à prendre par les personnes contacts à risque :

- Prélèvements pour test COVID-19: RT PCR à renouveler à 7j si 1^{er} résultat négatif ou dès l'apparition de signes cliniques évocateurs.
- Mise en place de mesures d'isolement COVID-19 pour les patients et les visiteurs (pendant 14j même en cas de test négatif) :
 1. Patient hospitalisé:
 - Port de masque chirurgical systématique lors de tout déplacement en-dehors de la chambre (si celui-ci est impératif)
 - Prise de température 2 fois par jour
 - Identification de tout symptôme : fièvre, toux, difficultés respiratoires.
 2. Patient à domicile ou visiteurs:
 - Porter un masque pour les contacts avec l'entourage fragile intrafamilial :
 - Remise de 4 masques chirurgicaux en attente des résultats du test
 - Si test positif: prescription de 2 masques/jour pour toute la durée de son isolement
 - Prise de température 2 fois par jour
 - Identification de tout symptôme : fièvre, toux, difficultés respiratoires.
 - Télétravail à recommander, en cas d'impossibilité, prescrire un arrêt de travail.
- Pour les professionnels de santé, l'application de la quatorzaine prendra en compte l'évaluation de la situation en fonction du contexte épidémiologique et des risques d'une éviction pour la continuité d'activité des services en respectant les mesures barrières (Avis HCSP du 7 mai 2020):
 - Porter un masque chirurgical en permanence et le changer régulièrement (FFP2 en cas de geste invasif) conformément aux recommandations de la SF2H du 6 mai 2020
 - Prise de température 2 fois par jour
 - Identification de tout symptôme : fièvre, toux, difficultés respiratoires.
 - Porter un masque chirurgical pour les contacts avec l'entourage fragile intrafamilial .

En cas de test positif ou de symptôme, même de faible intensité : éviction professionnelle immédiate.

Annexe 4 / Tableau détaillé des ETP nécessaires par activité et type de cluster

CAS CONFIRMÉS AVEC 10 CONTACTS PAR CAS		Heures	ETP	ETP épidémiologie	ETP contact	ETP suivi	ETP organisation	ETP saisie cas	ETP saisie contacts
• Appel : 30 min / cas et 15 min / contact	5 cas / 50 contacts	23,8	3,0	0,5	1,6	0,5	0,3	0,05	0,1
• Suivi quotidien des contacts : 5 min/contact	10 cas / 100 contacts	44,2	5,5	0,8	3,1	1,0	0,3	0,1	0,2
• Orga / temps incompressible : 2h	20 cas / 200 contacts	85,0	10,6	1,4	6,3	2,1	0,3	0,2	0,4
<i>Saisie : 5 min/cas confirmé et 1 min/contact 10 contacts/cas</i>									
<i>1 ETP = 8h</i>									

CAS CONFIRMÉS AVEC 20 CONTACTS PAR CAS		Heures	ETP	ETP épidémiologie	ETP contact	ETP suivi	ETP organisation	ETP saisie cas	ETP saisie contacts
• 30 min pour 1 confirmé et 15 min pour les contacts	5 cas / 100 contacts	41,3	5,2	0,5	3,1	1,0	0,3	0,05	0,2
• 5 min pour le suivi quotidien d'un contact	10 cas / 200 contacts	79,2	9,9	0,8	6,3	2,1	0,3	0,1	0,4
• 2 h de temps incompressible organisationnel	20 cas / 400 contacts	155,0	19,4	1,4	12,5	4,2	0,3	0,2	0,8
<i>20 contacts par cas</i>									
<i>1 ETP = 8h</i>									

CLUSTER dans un contexte relativement restreint		Heures	ETP	ETP épidémiologie	ETP contact	ETP suivi	ETP organisation	ETP saisie cas	ETP saisie contacts
• Cluster avec peu de déplacement / milieu restreint	5 cas / 25 contacts	17,3	3,5	1,8	0,8	0,3	0,5	0,05	0,05
• 5 contacts / cas	10 cas / 50 contacts	24,6	4,9	2,1	1,6	0,5	0,5	0,1	0,1
	20 cas / 100 contacts	39,2	7,8	2,8	3,1	1,0	0,5	0,2	0,2

CLUSTER dans un contexte « très ouvert »		Heures	ETP	ETP épidémiologie	ETP contact	ETP suivi	ETP organisation	ETP saisie cas	ETP saisie contacts
• Cluster où les personnes se sont beaucoup déplacées	5 cas / 50 contacts	22,8	4,6	1,8	1,6	0,5	0,5	0,05	0,1
• 10 contacts/cas	10 cas / 100 contacts	35,5	7,1	2,1	3,1	1,0	0,5	0,1	0,2
	20 cas / 200 contacts	61,0	12,2	2,8	6,3	2,1	0,5	0,2	0,4

ÉCOLE		Heures	ETP	ETP épidémiologie	ETP contact	ETP suivi	ETP organisation	ETP saisie cas	ETP saisie contacts
Détection d'un cas dans une école	1 cas / 200 contacts	73,9	9,2	0,2	6,3	2,1	0,3	0,01	0,4
	5 cas / 200 contacts	76,3	9,5	0,5	6,3	2,1	0,3	0,05	0,4
	10 cas / 300 contacts	114,2	14,3	0,8	9,4	3,1	0,3	0,1	0,6

Citation suggérée : Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19.
Saint-Maurice : Santé publique France. Version du 25 mai 2020, 50 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2647-4816 / ISBN-NET 979-10-289-0635-1 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION
DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : MAI 2020