Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINSANTE / CORRUSS

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 22/01/2021 **REFERENCE :** MINSANTE N°2021_07

OBJET : STRATEGIE DE FREINAGE DE LA PROPAGATION DES VARIANTES DU SARS-COV-2 : PRECISIONS POUR LA DETECTION DES VARIANTES ET LE RENFORCEMENT DU CONTACT-TRACING

☒ ***Pour action*** ☒ ***Pour information***

DIFFUSION RESTREINTE

Mesdames, Messieurs,

Dans la continuité du MINSANTE n°04 qui définit la stratégie de freinage de la propagation des variantes du SARS-CoV2 portée par les autorités sanitaires, le présent MINSANTE vient préciser les modalités :

1. **De détection des situations à risque au regard du déploiement des kits RT-PCR spécifiques des variantes disponibles dès le samedi 23 janvier 2021 et des capacités de séquençage renforcées;**
2. **De renforcement du dispositif de contact-tracing** ;
3. **De renforcement de l'isolement**.

La stratégie de lutte contre les variantes au sein des EHPAD et des établissements médico-sociaux a par ailleurs été déclinée au sein des protocoles afférents que vous trouverez en annexe de ce message.

1. **Détecter et intervenir de manière précoce sur les situations à risque de propagation des variantes**

a. Le déploiement des kits RT - PCR spécifiques aux variantes du virus

Des kits RT-PCR spécifiques des variantes seront utilisables à partir du samedi 23 janvier 2021 sur l'ensemble du territoire (en premier lieu, Eurofins puis d'autres laboratoires dont la liste sera communiquée par l'ANSM et intégrée sur la plateforme du MSS https://covid-19.sante.gouv.fr/) pour réaliser des tests RT-PCR de criblage de variantes, sur la base d'un premier test RT-PCR positif. Cette deuxième RT-PCR avec kit spécifique de criblage de variantes suit les mêmes règles de facturation que la RT-PCR initiale.

Il est demandé de faire en sorte que les capacités mobilisées sur le territoire permettent de couvrir rapidement les volumes de tests positifs concernés, afin de procéder dès que possible à la généralisation du passage au crible de tous les résultats positifs à l'aide d'un deuxième test RT-PCR réalisé avec l'un des kits détectant une ou plusieurs variantes connues à ce jour et a minima la variante VOC 202012/01.

Cette stratégie de double analyse ne concerne pas les tests antigéniques. Toutefois, les personnes ayant été diagnostiquées positives à la suite d'un test antigénique et qui se situent dans une situation à risque (retour de voyage,

clusters et zones d'augmentation forte et inexpliquée de TI (uniquement sur quelques cas pour échantillonnage dans ces deux dernières situations)) doivent être invitées à réaliser un test RT-PCR.

Les laboratoires de biologie médicale doivent conserver les prélèvements ayant donné lieu à une RT-PCR afin de permettre la réalisation d'un second test de criblage aux variantes, et sont tenus d'envoyer sans délai aux plateformes réalisant ce deuxième test les prélèvements ayant donné lieu à un résultat de RT-PCR positif. Il est essentiel de saisir dans Si-DEP les résultats de cette deuxième RT-PCR selon le mode opératoire qui sera transmis. Des développements de l'outil SI-DEP ont été réalisés pour accueillir les résultats de cette deuxième RT-PCR.

Sous réserve d'une autorisation par l'ANSM, l'utilisation de ces kits sera ensuite orientée vers une analyse en première intention. Leur utilisation en première intention ne pourra s'envisager que si leurs performances (Se, Sp) sont au moins équivalentes aux recommandations actuelles pour les RT-PCR déjà utilisées.

Les capacités d'analyse avec un kit Thermo Fisher pourront continuer d'être utilisées. Celui-ci reste utilisable pour le diagnostic de première intention d'infection par le SARS-CoV2.

b. Une doctrine de séquençage calibrée pour permettre une surveillance virologique effective

Concernant les capacités de séquençage, Santé publique France (SpF) et le CNR en lien avec l'ANRS-maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE) ont organisé un réseau de laboratoires sur lequel repose la stratégie de surveillance génomique et virologique des souches circulantes de SARS-CoV2 sur le territoire national. Dans le cadre de cette stratégie, les cibles nécessaires ont été définies et la liste des laboratoires de ce réseau en capacité de séquencer sont jointes en annexe. Des capacités complémentaires sont en cours d'identification par les ARS. Dans ce cadre, un cahier des charges pour les laboratoires hors CNR et réseau ANRS réalisant des activités de séquençage a été rédigé par le CNR (cf. annexe). Il est à adresser par les ARS aux laboratoires identifiés qui seraient mobilisés.

Les prélèvements doivent être orientés de la manière suivante :

- Les prélèvements réalisés sur des personnes de retour de l'étranger sont séquencés en priorité, uniquement s'ils n'ont pu faire l'objet d'un deuxième test RT-PCR réalisé avec un kit criblant les variantes, dans le réseau des laboratoires de biologie médicale disposant de la capacité de séquençage ou d'autres capacités de séquençage identifiées par les ARS, et répondant au cahier des charges du CNR (cf. annexe).

- Les prélèvements issus des personnes contaminées en clusters ou dans des zones présentant une augmentation forte et inexpliquée du TI sont orientés vers les laboratoires liés au réseau CNR-ANRS (cf. liste en annexe). Dans ces situations, l'envoi de 5 à 6 prélèvements avec un Ct <28 est nécessaire et suffisant, accompagné des renseignements clinico-épidémiologiques utiles tel que recommandé par le CNR (bon de demande disponible sur son site : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-reference/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe) ; tout prélèvement non accompagné de ces renseignements ne sera pas techniqué.

Une attention particulière sera demandée :

- Aux laboratoires qui séquencent quant au transfert des séquences aux CNR ;
- Aux laboratoires qui réalisent le test RT-PCR quant à l'inscription dans SI-DEP des résultats de séquençage qui leurs seront transmis par le laboratoire qui séquence.

Un résultat positif issu de ces kits RT-PCR spécifiques permet de suspecter un variant et suffit pour l'initiation prioritaire des actions de contact-tracing renforcées autour du cas. Il ne nécessite pas systématiquement une confirmation par séquençage.

Une fois la généralisation des kits criblant réalisée *(cf. supra),* la capacité de séquençage du réseau ANRS sera dédiée à la surveillance génomique, et dans les cas qui le nécessitent ces capacités pourront être utilisées pour confirmer des contaminations individuelles par des variantes qui ne sont pas criblées à ce jour par les kits. Il n'y aura alors plus d'indication

DIFFUSION RESTREINTE

à un séquençage systématique pour orienter les mesures de gestion renforcées. Un arrêté sera prochainement publié pour déterminer les modalités des prises en charge des séquençages réalisés par les laboratoires privés.

2. Renforcer rapidement les modalités du contact tracing

a. Evolution de la doctrine

Vous trouverez en annexe de ce MINSANTE les définitions de cas et de contacts actualisées par SpF ainsi que l'avis du HCSP du 18 janvier 2021 relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2. Les recommandations du HCSP concernent :

- L'augmentation de la distance de sécurité entre 2 individus, qui passe de 1 mètre à 2 mètres (en l'absence de port du masque) ;
- La non-utilisation des masques grand public de catégorie 2 et des masques artisanaux pour se protéger de la contamination au SARS-CoV2 (le masque porté en population générale doit répondre à une norme de filtration élevée c'est-à-dire soit en tissu de catégorie 1 (AFNOR), soit de type chirurgical).

Compte tenu de ces évolutions liées à la transmission élevée des variantes du SARS-CoV2 en circulation, la définition de personnes « contacts à risque » a été modifiée (cf. annexe).
Les mesures de contact tracing qui en découlent doivent être renforcées selon les modalités suivantes :

- La notion de « contact à risque » doit être interprétée de manière large : en cas de doute dans l'évaluation du niveau de risque d'un contact, celui-ci doit être considéré comme « à risque » ;
- La mention par le P0 de l'absence de contact à risque doit faire l'objet d'une investigation renforcée ;
- La chaîne de contamination doit être investiguée de manière plus extensive : les personnes contact à risque devront alerter leurs propres personnes contact afin de pouvoir mobiliser et sensibiliser deux niveaux de transmission potentielle à la nécessité de prendre des mesures de précaution.

b. Doctrine d'action

Le dispositif de contact tracing associé est renforcé de manière systémique.
Le résultat du test de première intention doit déclencher les mesures de gestion individuelles sans retard. Il est impératif de ne pas attendre les résultats du test de criblage aux variantes pour lancer le processus de *contact-tracing* et d'isolement.
Le contact tracing de niveau 2 et de niveau 3 est renforcé, à travers un travail en commun de la part des ARS et des CPAM. Chaque ARS, en lien avec les cellules régionales de SpF, met en œuvre un appui auprès de l'ensemble des plateformes CPAM. Ce plan d'action doit permettre de répondre aux objectifs suivants :

- Appui à la formation continue des traceurs ;
- Revue des pratiques respectives des niveaux 2 et 3 dans une démarche d'amélioration des pratiques notamment dans la gestion de la lutte contre les variantes.

Dans ce cadre, il est impératif que, *a minima*, des réunions bi-hebdomadaires se tiennent entre les plateformes et les ARS. Les modalités de cet appui devront être arrêtées localement par l'ARS et la CPAM dans chaque département et remontées au centre de crise sanitaire (centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr) d'ici au 29/01.

Concernant les plateformes de l'Assurance Maladie, le contact tracing est renforcé de la manière suivante :

- Les CPAM doivent conduire une investigation plus extensive des chaînes de contamination : dans le cadre de l'appel ou du SMS à la personne contact, il lui sera recommandé d'alerter ses propres contacts pour leur recommander les éléments suivants : réduction volontaire des contacts, renforcement des gestes barrières et incitation à la réalisation d'un test au moindre doute dans les 14 jours après le dernier contact à risque avec les contacts de 1ère génération. Les scripts de *contact-tracing* des plateformes CPAM et l'application « Briser la chaîne » seront adaptés afin d'intégrer ces recommandations aux personnes contact à risque ;
- Des traceurs expérimentés rappellent les cas confirmés (P0) pour lesquels il existe un doute dans l'exhaustivité de l'identification des situations et contacts à risque ;

DIFFUSION RESTREINTE

- Des traceurs expérimentés rappellent les cas P0 et leurs contacts dont la contamination par une variante est confirmée suite au deuxième test RT-PCR de criblage (*cf. supra)* afin de s'assurer que toutes les informations nécessaires leur ont été données et que le *contact-tracing* a bien été effectué.

3. Renforcer les modalités d'isolement

Les personnes (cas confirmé et personnes contact à risque) suspectées d'avoir fait l'objet d'une contamination par une variante (retour de voyage, cluster, ou zone d'augmentation inexpliquée du TI) et les personnes dont la contamination par une variante a été confirmée doivent faire l'objet d'un suivi renforcé (isolement/quarantaine) :

- Les visites à domicile réalisées par les IDEL sont programmées et proposées par défaut ;
- Lors de la prise de contact par la CPAM, les personnes concernées dont la situation personnelle laisse présager un fort risque de propagation (personnes vivant en famille, notamment avec des proches à risque, etc.) doivent se voir systématiquement proposer une offre spécifique d'hébergement *via* les CTAI ;
- Une vigilance toute particulière doit être portée à la réalisation effective du test RT-PCR à J7 pour les contacts à risque ;
- Dès lors que la personne, cas confirmé ou personne contact, aura réalisé les durées adéquates d'isolement ou de quarantaine, celle-ci devra respecter les règles complémentaires suivants pendant une période de 7 jours : réduction volontaire des contacts, port du masque chirurgical, auto surveillance et réalisation d'un test au moindre doute, éviter de fréquenter des personnes à risque de développer des formes graves, éviter de fréquenter les transports en commun. Le télésuivi de l'Assurance maladie sera prochainement adapté afin de prendre en charge cette période complémentaire.

Face à la menace que constituent les variantes, la pleine mobilisation de l'ensemble des acteurs est attendue sur l'ensemble des sujets.

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

Signé

DIFFUSION RESTREINTE

Annexe 1 - Laboratoires du réseau ANRS & CNR pour le séquençage du SARS-CoV-2

Liste établie par l'ANRS, le CNR Virus des infections respiratoires et Santé publique France, au 22/01/2021.

Type	Ville	Centre	Capacité		Contact
			Sanger	NGS	
CNR	Lyon	CHU Lyon	NON	OUI	ghe.grippe-france-sud@chu-lyon.fr
CNR	Paris	Institut Pasteur	NON	OUI	grippe@pasteur.fr
ANRS	Nice	CHU Nice	OUI	NON	giordanengo.v@chu-nice.fr
ANRS	Caen	CHU Caen	NON	OUI	vabret-a@chu-caen.fr
ANRS	Dijon	CHU Dijon	OUI	OUI	alexis.de-rougemont@chu-dijon.fr
ANRS	Besançon	CHU Besançon	OUI	NON	q1lepiller@chu-besancon.fr
ANRS	Brest	CHU Brest	OUI	OUI	christopher.payan@chu-brest.fr
ANRS	Toulouse	CHU Toulouse	NON	OUI	izopet.j@chu-toulouse.fr
ANRS	Bordeaux	CHU Bordeaux	OUI	OUI	marie-edith.lafon@chu-bordeaux.fr
ANRS	Montpellier	CHU Montpellier	OUI	NON	e-tuaillon@chu-montpellier.fr
ANRS	Montpellier	IRD	OUI	OUI	martine.peeters@ird.fr
ANRS	Rennes	CHU Rennes	NON	OUI	vincent.thibault@chu-rennes.fr
ANRS	Tours	CHU Tours	OUI	OUI	gaudy_c@med.univ-tours.fr
ANRS	Grenoble	CHU Grenoble	OUI	NON	PMorand@chu-grenoble.fr
ANRS	Saint Etienne	CHU Saint Etienne	OUI	OUI	thomas.bourlet@chu-st-etienne.fr
ANRS	Nantes	CHU Nantes	OUI	OUI	vferre@chu-nantes.fr
ANRS	Orléans	CHR Orléans	OUI	NON	jerome.guinard@chr-orleans.fr
ANRS	Nancy	CHU Nancy	OUI	OUI	e.schvoerer@chu-nancy.fr
ANRS	Metz	CHR Metz-Thionville	OUI	NON	c.delamare@chr-metz-thionville.fr
ANRS	Lille	CHU Lille	OUI	NON	Laurence.BOCKET@chru-lille.fr
ANRS	Clermont Ferrand	CHU Clermont Ferrand	OUI	OUI	chenquell@chu-clermontferrand.fr
ANRS	Strasbourg	CHU Strasbourg	OUI	NON	samira.fafi-kremer@chru-strasbourg.fr
ANRS	Paris	APHP Pitié-Salpêtrière	OUI	OUI	vincent.calvez@me.com
ANRS	Paris	APHP Saint Louis	OUI	NON	constance.delaugerre@aphp.fr
ANRS	Paris	APHP Cochin	OUI	NON	flore.rozenberg@aphp.fr
ANRS	Paris	APHP HEGP	OUI	OUI	laurent.belec@aphp.fr
ANRS	Paris	APHP Bichat	OUI	OUI	diane.descamps@aphp.fr
ANRS	Rouen	CHU Rouen	OUI	NON	jean-Christophe.Plantier@chu-rouen.fr
ANRS	Versailles	CH Versailles	OUI	OUI	BMANEGLIER@ch-versailles.fr
ANRS	Toulon	CH Toulon	OUI	NON	cecile.poggi@ch-toulon.fr
ANRS	Poitiers	CHU Poitiers	OUI	OUI	nicolas.leveque@chu-poitiers.fr
ANRS	Limoges	CHU Limoges	OUI	NON	s.rogez@unilim.fr
ANRS	Créteil	APHP Mondor	NON	OUI	jean-michel.pawlotsky@aphp.fr
ANRS	Villejuif	APHP Paul Brousse	OUI	NON	anne-marie.roque@aphp.fr
ANRS	Martinique	CHU Martinique	OUI	NON	georges.dos-santos@chu-fortdefrance.fr
Autre	Evry-Courcouronnes	Genopole	NON	OUI	deleuze@cng.fr
Autre	Sainte Clotilde	PIMIT - La Réunion	NON	OUI	patrick.mavingui@cnrs.fr
SSA	Brétigny-sur-Orge	IRBA	NON	OUI	olivier.gorge@intradef.gouv.fr
SSA	Clamart	HIA Percy	OUI	NON	vincent.foissaud@intradef.gouv.fr
SSA	Saint-Mandé	HIA Begin	OUI	NON	audrey.merens@intradef.gouv.fr

Ce tableau mentionne pour chaque laboratoire l'existence d'une capacité à réaliser un séquençage SANGER (partiel) ou NGS (génome entier) du virus SARS-CoV-2 ; les deux techniques permettent le diagnostic de confirmation d'un variant. Les laboratoires demandeurs sont invités à contacter chaque laboratoire pour vérification de leur capacité réelle à date et pour accord avant l'envoi de tout prélèvement.

DIFFUSION RESTREINTE

Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19) - SpF

Mise à jour le 20/01/2021

En raison de l'émergence et de la diffusion de nouveaux variants caractérisés par une transmissibilité plus élevée, des modifications ont été apportées à la définition d'un contact à risque par rapport à la version du 16/11/2020, concernant:
- les mesures de protection efficaces : le HCSP recommande désormais de ne pas utiliser de masques grand public en tissus de catégorie 2 ou de masque de fabrication artisanale, dont le pouvoir filtrant est inférieur aux masques à usage médical ou en tissu de catégorie 1 ;
- la distance physique séparant un cas confirmé d'une personne-contact en dessous de laquelle le contact est considéré comme à risque, passant de 1 à 2 mètres.

Cas possible

Toute personne, ayant ou non été en contact à risque (voir définition ci-dessous) avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 : **infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre**, ou toute autre manifestation clinique suivante, **de survenue brutale,** selon l'avis du HCSP relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du COVID-19 :

- En population générale : asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie.
- Chez les personnes âgées de 80 ans ou plus : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure.
- Chez les enfants : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.
- Chez les patients en situation d'urgence ou de réanimation : troubles du rythme cardiaque récents ; atteintes myocardiques aigües ; évènement thromboembolique grave.

Cas probable

Toute personne présentant des signes cliniques et des signes visibles en tomo-densitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

Cas confirmé

Toute personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP), par test antigénique ou sérologie (dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, conformément aux recommandations de la HAS).

Contact

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

- Contact à risque : toute personne
  - Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
  - Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;
  - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
  - Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel …) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
- Contact à risque négligeable :
  - Toutes les autres situations de contact ;
  - Toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par amplification moléculaire (RT-PCR,

DIFFUSION RESTREINTE

RT-LAMP), test antigénique ou sérologie datant de moins de 2 mois[1]

Sont considérés comme des mesures de protection efficaces :

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

Ne sont pas considérés comme mesures de protection efficaces :

- masques grand public en tissu de catégorie 2 ;
- masques en tissu « maison » ou de fabrication artisanale ne répondant pas aux normes AFNOR SPEC S76-001 ainsi que les visières et masques en plastique transparent portées seules (pour plus d'information sur la protection conférée par les différents types de masques, voir l'avis du HCSP) ;
- plaque de plexiglas posée sur un comptoir, rideaux en plastique transparent séparant clients et commerçants.

Ces définitions de contacts à risque ne s'appliquent pas à :

- l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- l'évaluation des contacts à risque dans le milieu scolaire. Pour plus d'information, consulter le protocole sanitaire de l'Education Nationale et la conduite à tenir en cas de cas confirmé(s) parmi les élèves ainsi que les avis relatifs au milieu scolaire du HCSP.

Ces définitions sont susceptibles d'évoluer à tout moment en fonction des informations disponibles.

DIFFUSION RESTREINTE

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