
AVIS

relatif à l'évolution des mesures organisationnelles de prévention de la transmission et de la diffusion du SARS-CoV-2 en Ehpad et USLD

2 mars 2021

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) par courriel en date du 18 février 2021 (annexe 1).

Dans un contexte de progression de la couverture vaccinale contre le Covid-19 en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et en unité de soins de longue durée (USLD), la DGS sollicite l'avis du HCSP sur plusieurs points concernant les personnes âgées en Ehpad ou en USLD qui étaient et demeurent prioritaires pour la vaccination, selon la stratégie arrêtée nationalement, en particulier sur les évolutions organisationnelles au niveau des établissements comme au niveau individuel (visites, sorties, activités collectives) qui pourraient résulter de la campagne de vaccination. Les experts devront évaluer l'opportunité de nouvelles mesures organisationnelles en fonction de la situation épidémiologique et de l'état d'immunisation des résidents et/ou des personnels contre le Covid-19.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a réuni des membres du groupe de travail « grippe, coronavirus et infection respiratoire émergentes » dont la composition figure en annexe 2 et a procédé à des auditions (Annexe 3).

Le HCSP a pris en compte :

1. Les données épidémiologiques des cas de Covid-19 en Ehpad et USLD [1]

Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 14 février 2021, 27 224 signalements d'un ou plusieurs cas de Covid-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements du ministère en charge de la santé (Tableau 1).
- Il s'agissait de 16 766 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 10 458 (38%) dans les autres ESMS (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide sociale à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 1).
- Parmi les 16 766 signalements en EHPA, 14 076 (84%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 27 224 signalements en ESMS, 189 464 cas confirmés de Covid-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 1). Parmi les 24 601 décès survenus dans les

établissements, 24 405 (99%) concernaient des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36-2020, le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), a diminué jusqu'en semaine 48 puis s'est stabilisé. En semaine 06-2021, 258 décès ont été enregistrés (données non consolidées).
- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès liés au Covid-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS semble se stabiliser pour les décès en établissement et ceux survenus à l'hôpital depuis le 22 janvier 2021. La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Tableau 1. Nombre de signalements de cas de Covid-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 21 février 2021, France [1]

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	16 766	7 468	1 176	1 814	27 224
Cas confirmés ⁶	164 575	20 287	1 357	3 245	189 464
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	9 588	372	0	39	9 999
Décès ⁷ établissements	24 405	138	0	58	24 601
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	79 326	15 332	1 429	1 582	97 669

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées
²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées
³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance
⁴Autres établissements

⁵Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés
⁷Cas possibles et confirmés décédés

2. Les données relatives à l'immunisation des résidents d'Ehpad et USLD

2.1 Immunologie et personnes âgées

L'âge est le principal facteur de risque de gravité du Covid-19. Après infection le risque de décès est 90 fois plus important à 65 ans et 200 fois plus important au-delà de 75 ans comparativement à un sujet âgé de 20 ans. Si les personnes âgées répondent à l'infection par le SARS-CoV-2 cette réponse semble moins efficace et coordonnée que chez les sujets plus jeunes [2]. Plusieurs équipes ont ainsi montré que les sujets les plus âgés (60-85 ans) et les patients d'âge moyen (40-59 ans) avaient des titres d'anticorps neutralisants significativement plus élevés que les jeunes patients (15-39 ans) [3]. Cependant la coordination des réponses adaptatives spécifiques au SARS-CoV-2 est perturbée chez les personnes âgées de plus de 65 ans. La rareté des cellules T naïves a également été associée au vieillissement et à une mauvaise évolution de la maladie. Une explication parcimonieuse est que les réponses coordonnées des cellules T CD4+, des cellules T CD8+ et des anticorps sont protectrices, mais qu'une mauvaise coordination de ces réponses ne parvient souvent pas à contrôler la maladie [2]. Dans les modèles animaux de SARS, l'âge avancé est associé à une susceptibilité fortement accrue à une infection mortelle [4]. Toutefois les réponses immunitaires post-vaccinales ne survenant pas dans le même contexte temporel ne seront pas impactées de la même manière par l'âge.

2.2 Couverture vaccinale en ESMS en France (données SpF) [1]

2.2.1 Résidents en Ehpad ou en USLD

Les résidents en Ehpad ou en USLD comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre le Covid-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie [5]. Les résidents en Ehpad ou en USLD ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base de données « SI Vaccin Covid (VAC-SI) ¹».

Sont ainsi définis comme résidents vaccinés contre le Covid-19 en Ehpad ou en USLD :

- Des personnes vaccinées et âgées de 65 ans ou plus dans un Ehpad ou dans une USLD, ou
- Des personnes vaccinées et identifiées *a priori* par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) comme résident en Ehpad ou en USLD.

Les données présentent des limites, avec des risques de sous-estimation en cas d'erreur de codage sur le lieu de la vaccination, si des résidents ont été vaccinés dans un autre service (ex : transfert) ou si le résident est âgé de moins de 65 ans. À l'inverse, des surestimations sont possibles notamment si des personnes non-résidentes d'Ehpad ou d'USLD et âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées dans ces structures.

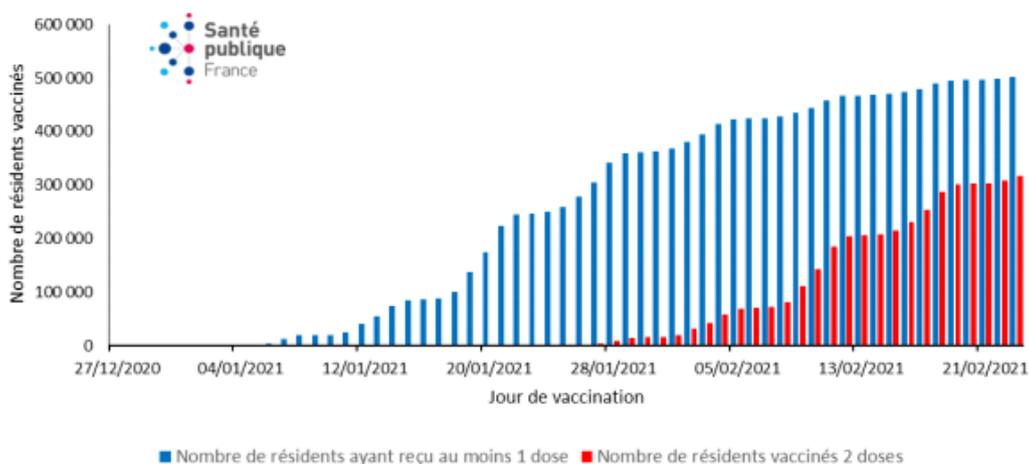
- Au 23 février 2021, 501 465 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin contre le Covid-19 en France. Il est ainsi estimé que 80,0 % des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin contre le Covid-19.
- Les couvertures vaccinales régionales en termes de premières doses reçues varient entre 70,1 % et 99,0 % en France métropolitaine (Tableau 2). Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans la base de données « SI Vaccin Covid ».
- Il est estimé que 317 214 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin, ce qui correspond à 50,6 % de ces résidents en France.

¹ Depuis le 3 mars 2021, des modifications ont été apportées à l'outil SI-Vaccin Covid-19 (<https://www.data.gouv.fr/en/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/>) : A compter du 03 mars 2021, afin d'être plus précis, un ajustement sur l'identification des professionnels et des résidents en Ehpad et USLD dans la base de données a été apporté. Cela peut engendrer une légère variation dans les résultats proposés, l'antériorité des données ayant été mise à jour.

Tableau 2. Nombre de résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu respectivement au moins une dose et deux doses de vaccin contre le Covid-19 et couvertures vaccinales (% des résidents) au 23 février 2021, par région, France (SpF) [1]

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	55 611	70,1	28 839	36,3
Bourgogne - Franche-Comté	24 368	71,9	16 669	49,2
Bretagne	38 361	91,4	24 465	58,3
Centre-Val de Loire	23 648	78,7	16 501	54,9
Corse*	2 157	>99,0	1 375	66,7
Grand - Est	42 054	78,7	28 476	53,3
Hauts-de-France	35 808	72,9	21 138	43,0
Ile de France	55 242	81,4	35 063	51,7
Normandie	31 149	89,5	22 739	65,4
Nouvelle - Aquitaine	61 368	84,3	38 303	52,6
Occitanie	51 462	83,1	30 743	49,6
Pays de la Loire	42 157	88,7	30 243	63,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	36 198	76,9	21 406	45,5
France métropolitaine	499 583	80,3	315 960	50,8
Guadeloupe	304	21,4	130	9,1
Guyane	142	64,0	122	55,0
La Réunion	1 066	69,7	783	51,2
Martinique	337	19,4	217	12,5
Saint-Barthélemy	5	non calculable	1	non calculable
Non précisé	28	non applicable	1	non applicable
Total	501 465	80,0	317 214	50,6

Figure 1. Nombres cumulés de résidents ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la Covid-19 au 23 février 2021, par jour de vaccination, France (SpF) [1]



2.2.2 Professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD

Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Ces professionnels ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base de données « SI Vaccin Covid-19 (VAC-SI) ».

Sont ainsi définis comme professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD vaccinés contre le Covid-19 :

- des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans une USLD et âgées de moins de 65 ans ;
- des personnes vaccinées et identifiées *a priori* par la Cnam comme professionnel exerçant en Ehpad ou en USLD.
- Au 23 février 2021, 180 263 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin contre le Covid-19 en France (données par date d'injection). Il est ainsi estimé que 38,5 % des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin.
- Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 28,6 % et 49,6 % (Tableau 3). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans la base de données SI Vaccin Covid.
- Il est estimé que 100 767 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin contre le Covid-19, ce qui correspond à 21,5 % de ces professionnels en France (Tableau 3).

Tableau 3. Nombre de professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre le Covid-19 et couvertures vaccinales (% des professionnels) au 23 février 2021, par région, France (SpF) [1]

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	17 904	28,6	8 307	13,3
Bourgogne - Franche-Comté	8 233	31,7	5 718	22,0
Bretagne	15 150	45,3	7 623	22,8
Centre-Val de Loire	8 987	41,6	5 507	25,5
Corse	576	31,5	360	19,7
Grand - Est	16 874	42,4	10 205	25,7
Hauts-de-France	13 532	37,2	6 987	19,2
Ile de France	18 924	41,7	9 808	21,6
Normandie	13 200	49,6	8 303	31,2
Nouvelle - Aquitaine	21 724	40,5	12 462	23,2
Occitanie	17 675	36,8	9 641	20,1
Pays de la Loire	15 038	41,1	8 666	23,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11 824	36,4	6 870	21,2
France métropolitaine	179 641	38,7	100 457	21,6
Guadeloupe Martinique Guyane	301	12,4	166	6,9
La Réunion	285	26,7	142	13,3
Saint-Barthélemy	6	non calculable	0	non calculable
Non précisé	30	non applicable	2	non applicable
France entière	180 263	38,5	100 767	21,5

3. Les conséquences médicales, en santé mentale et psycho-sociales, des mesures d'isolement en ESMS chez les résidents

3.1 Conséquences pour les résidents de ces structures

Concernant les résidents, outre les conséquences sur la santé mentale notamment l'anxiété, la dépression et le sentiment de solitude, le confinement a eu des conséquences sur leur autonomie fonctionnelle (davantage de sarcopénie, de vulnérabilité et de perte d'autonomie) et sur le déclin des fonctions cognitives liées à l'arrêt des activités en intérieur ou extérieur et parfois en groupe. La majorité des résidents présentent des troubles cognitifs et ont difficilement compris les raisons de la mise en place des mesures d'isolement et les mesures barrières, ce qui a pu entraîner une augmentation des troubles psycho-comportementaux dans cette population. La Société européenne de gériatrie (*European Geriatric Medicine Society* : EuGMS) insiste sur l'importance de peser le bénéfice /risque chez ces résidents des mesures mises en place pour combattre la pandémie, mais également celles nécessaires pour combattre l'isolement et ses conséquences sur leur autonomie fonctionnelle et cognitive pendant la pandémie, et leur qualité de vie [6].

Une revue de la littérature médicale sur l'impact des mesures de confinement ou d'isolement appliquées lors de situations épidémiques observées ces dernières années, alerte sur leurs effets psychologiques possiblement délétères pour l'ensemble de la population [7,8]. Bien que l'irritabilité (79 %) et la baisse de moral (54 %) soient les symptômes les plus prévalents, d'autres symptômes peuvent aussi être observés lors des périodes de confinement : troubles émotionnels, dépression, stress, peur, confusion, insomnie, état de stress post traumatique (reviviscence, hypervigilance, évitement), colère, épuisement émotionnel. En outre, les caractéristiques interindividuelles (statut, âge, sexe, ...) et le contexte social, organisationnel, ou architectural semblent jouer un rôle important pour expliquer la variabilité des réactions psychologiques [9]. Parmi ces facteurs, l'âge agit de façon non homogène. Ainsi, une étude sur l'intensité de la détresse psychologique liée aux mesures de confinement en rapport avec le Covid-19 en Espagne sur 1 300 participants âgés de 18 à 88 ans suggère que les personnes plus âgées se montrent en moyenne plus résilientes que les participants plus jeunes. Cette résilience semble, toutefois, fortement corrélée à une perception positive du vieillissement [10]. Or ces perceptions sont fortement impactées chez les personnes qui vivent en Ehpad par rapport à celles qui vivent au domicile, et directement reliées au sentiment de contrôle sur sa propre vie [11,12].

Les populations âgées déjà susceptibles de subir un isolement social sont plus à risque d'être confrontées à des effets indésirables des mesures de confinement tels qu'une altération de la qualité de vie [13]. Enfin, les personnes âgées les plus à risque d'éprouver une augmentation du sentiment d'isolement social au cours de la pandémie de Covid-19 sont celles vivant en Ehpad, puisqu'en dehors des professionnels, leurs familles et amis ne peuvent leur rendre visite [14]. Les conséquences psychologiques en Ehpad ont pu être citées parmi les plus préoccupantes des conséquences à moyen et long termes de l'épidémie [15]. Les conséquences psycho-cognitives sont assez logiquement augmentées par l'existence de maladies neuro-cognitives qui diminuent la compréhension du sens des mesures de confinement, ce qui conduit à une augmentation des symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence notamment l'agressivité, l'agitation, l'anxiété, l'apathie, l'indifférence et l'irritabilité [16,17]. L'augmentation de symptômes liés au stress a pu être estimée à 60 % des personnes exposées aux mesures d'isolement en Ehpad lors du premier confinement [18]. A l'inverse la santé mentale des personnes qui visitaient des personnes en Ehpad a également été dégradée du fait du strict confinement de leurs proches dans ces structures [19], notamment parce qu'elles s'inquiétaient des conséquences psychologiques sur ces proches [20]. Il est à noter que le simple allègement de l'isolement avec la mise en place des mesures permettant la reprise des premières permissions de visite

durant la première vague avait entraîné des résultats positifs sur le plan psychologique [21] permettant de penser que la prise en compte du statut vaccinal pour alléger encore les conditions conduiraient encore à une meilleure santé mentale des résidents. Enfin il est à noter que dans le grand âge, les liens faibles (voisinages, connaissances, etc.) participent de façon importante et indépendante de l'existence des liens forts (familiaux, confidentiels, etc..) au bien-être émotionnel [22]. Aussi, même s'il est important de permettre une reprise des visites des membres de la famille, il est au moins aussi important de faire reprendre une vie sociale moins chargée sur le plan affectif mais concourant de façon majeure au bien-être.

3.2 Conséquences pour les soignants des structures

L'impact de la pandémie a également frappé le personnel des USLD et des Ehpad, dont 97 % a présenté des symptômes d'anxiété et d'insomnie, soit bien plus que les conséquences somatiques [23]. La peur d'être atteint de la maladie, le deuil des résidents décédés du Covid-19, la crainte de ne pas apporter l'aide nécessaire sont autant de facteurs aggravant les risques psychosociaux de ces soignants [6]. Il est donc fondamental d'augmenter l'accès au soutien psychologique pour ces personnels en complément des mesures sanitaires.

De plus, le confinement, malgré les différentes possibilités proposées aux familles de résidents a eu des effets négatifs sur le plan émotionnel et psychosocial pour les familles et les proches de résidents en Ehpad, en particulier pour les proches de patients atteints de troubles neurocognitifs c'est-à-dire la majorité des résidents [19]. Certains ont le sentiment d'avoir perdu le sens donné à leur rôle d'aidants.

En synthèse : l'ensemble des données de la littérature et de l'expérience de terrain sont en faveur d'un effet délétère sur les résidents d'Ehpad (un déclin fonctionnel et cognitif ainsi que des troubles thymiques) mais également sur leurs proches et sur les professionnels de santé.

4. Le document actualisé au 18 février 2021 de la HAS « Covid-19, Comment protéger vos proches lors des visites en établissements accueillant des personnes âgées ? [24] »

- Rôle du visiteur
- Mesure d'hygiène à respecter par le visiteur d'un proche dans les espaces communs et avec le résident

5. Les documents de la mission nationale PRIMO (surveillance et prévention de la résistance aux antibiotiques et des infections associées aux soins en secteur médico-social et en soins de ville) sur les mesures d'hygiène en EMS

Dans le contexte d'épidémie de Covid-19, la mission nationale PRIMO met à disposition des fiches thématiques destinées au secteur médico-social et aux soins de ville [25] :

- Checklist pour la gestion d'un cluster en ESMS ;
- Outil d'évaluation pour les mesures de prévention en ESMS.

6. Les campagnes de communication de la promotion vaccinale en ESMS

Les recommandations du 18 février 2021 de la HAS ont été relayées sur de très nombreux sites institutionnels, assurance maladie, et partenaires.

Le HCSP a également pris en considération les éléments suivants :

- **L'immunité vaccinale des résidents en ESMS**
 - Les données internationales encourageantes sur le statut immunitaire des résidents vaccinés [26] ;
 - la différence d'efficacité - non prouvée - entre les différents vaccins contre le Covid-19 en prévention des formes sévères et des hospitalisations chez les résidents ;
 - certains résidents ayant présenté une infection à SARS-CoV-2 ne sont pas vaccinés ;
 - il existe une incertitude sur la durée de protection des vaccins et la durée de protection post-Covid-19 chez les personnes âgées.

- **La vaccination contre le Covid-19 et son déploiement en ESMS**
 - Les difficultés à débiter la vaccination dans les ESMS du fait :
 - du délai d'obtention, parfois long, de l'accord des familles ;
 - de la nécessité de repérage des problématiques de santé telles que la prise d'anticoagulants, les allergies, etc. qui exigeaient des précautions spécifiques de vaccination ;
 - du nombre élevé de cas de Covid-19 dans les ESMS et de l'attente des résultats des tests de dépistage des contacts, retardant les séances de vaccinations ;
 - de l'absence, dans certains ESMS, de médecin coordonnateur, et de l'intervention de plusieurs médecins traitants successifs.
 - L'hétérogénéité du niveau de couverture vaccinale, pour ces raisons, dans les ESMS dont les recommandations ci-dessous doivent tenir compte ;
 - La forte proportion de résidents vaccinés dans les ESMS, néanmoins désormais observée (75 %, données SpF) ;
 - La faible couverture vaccinale des professionnels travaillant en ESMS, permanents et intervenants extérieurs (ex. médecin traitant, masseur-kinésithérapeute, etc.) représentant un risque de poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en ESMS ;
 - La nécessaire cohabitation des résidents vaccinés et non vaccinés pendant les activités, les sorties et les repas collectifs ;
 - La logistique (acheminement, conservation) des vaccins en ESMS.

- **L'organisation des ESMS**

- La nécessaire adaptation des mesures de prévention dans chaque ESMS sous la responsabilité des gestionnaires d'établissements ou des responsables de collectivités ;
- la problématique de la maîtrise du risque de transmission lors des visites en chambre, des visites en famille et des sorties des résidents dans l'attente d'une couverture vaccinale maximale des résidents et lors des interactions avec les professionnels de santé et les autres personnels des ESMS ;
- l'origine des clusters en ESMS en France venant plus fréquemment des professionnels de santé et plus rarement des visiteurs ;
- la relation entre encadrement pharmaceutique, médical et infirmier et la capacité d'un ESMS à maîtriser le risque épidémique et la promotion de la vaccination ;
- la relation inversement proportionnelle entre le nombre de clusters et l'effectif de professionnels de santé ;
- le rôle majeur du médecin coordonnateur dans la promotion et le relai des stratégies de maîtrise du risque infectieux et des campagnes vaccinales en ESMS ;
- la situation actuelle nationale de permission des visites en ESMS sous respect d'une organisation permettant de réduire le risque d'introduction du SARS-CoV-2 par les visiteurs ;
- la recommandation de stopper les visites dès l'apparition d'un cas de Covid-19 dans un ESMS.

- **Les éléments d'information, de communication et de promotion de la campagne de vaccination contre le Covid-19**

- la communication primordiale et positive envers les professionnels intervenant en ESMS pour promouvoir leur vaccination, quel que soit le vaccin.

Recommandations du HCSP

Préambule

Toutes les recommandations d'assouplissement des mesures organisationnelles en ESMS présentées ci-dessous s'inscrivent dans un contexte de multiples incertitudes et d'instabilité épidémiologique et immunologique portant sur :

- l'évolution de la pandémie localement ou nationalement,
- l'impact de la vaccination sur la transmission en cas de portage du SARS-CoV-2,
- l'adéquation entre les variants SARS-CoV-2 d'intérêt circulants et les vaccins disponibles.

Les données scientifiques sont encore préliminaires et non encore consolidées. La couverture vaccinale des résidents et surtout des professionnels en ESMS ne permet pas pour l'instant de recommander la reprise d'une vie sociale sans contrainte d'organisation et d'hygiène spécifique à la situation pandémique actuelle.

Ces recommandations ont donc un caractère transitoire et pourront être amenées à évoluer rapidement en fonction de la situation nationale et de la survenue de clusters.

Dans les recommandations suivantes, on entend par mesures d'assouplissement :

- Les visites en chambre par les autres résidents, les familles ou amis, les professionnels extérieurs
- Les activités collectives organisées
- Les repas collectifs
- Les sorties

Au sein d'un établissement, l'application de ces mesures doit être graduée, progressive et éventuellement sectorisée après une analyse de faisabilité pour chacune d'entre elles.

La survenue de clusters parmi les résidents ou les professionnels intervenant des Ehpad et USLD doit conduire à une remise en cause immédiate des mesures d'assouplissement dans les établissements touchés.

La mise en place des mesures d'assouplissement n'exclut en rien le maintien des mesures barrières pour l'ensemble de la collectivité quel que soit le statut vaccinal des résidents et des personnels.

Il existe une hétérogénéité des contraintes exercées sur ces différentes activités en fonction de l'historique de l'établissement (en termes de nombre de clusters, d'hospitalisation, de décès, et de capacités d'organisation des mesures) et des ressources humaines des ESMS. Ces recommandations visent à harmoniser leur application ou leur assouplissement.

Pour mémoire, un schéma vaccinal complet est défini par :

- Soit deux injections à 3-4 semaines d'intervalle pour un vaccin à ARN, ou 9 à 12 semaines pour le vaccin commercialisé par Astra-Zeneca (pour les personnels) et après 14 jours après la 2^{ème} injection ;
- Soit une injection après un Covid-19 documenté de plus de 3 à 6 mois.

Le HCSP recommande de manière générale :**❖ D'organiser la maîtrise du risque infectieux en EMS**

- De maintenir un haut niveau d'observance des mesures de distanciation physique (distance interindividuelle, hygiène des mains, gestes barrières, port d'un masque) par les visiteurs et les professionnels et, dans la mesure du possible, les résidents (difficulté en cas de troubles du comportement). Il est également primordial d'appliquer les mesures de gestion collective des locaux (nettoyage et ventilation/aération des locaux, gestion de la densité de personnes dans un même endroit).
- D'adapter localement les stratégies de maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 et du contrôle des clusters, au cas par cas, en fonction des organisations et de la couverture vaccinale des résidents et des professionnels intervenant en ESMS, sous la responsabilité des gérants ou des gestionnaires des ESMS.
- De poursuivre et de soutenir l'engagement des médecins coordonnateurs, des médecins du travail et des médecins généralistes dans la promotion de la vaccination des résidents et des professionnels non encore vaccinés.
- De mettre en place des stratégies de maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 lors des visites en chambre, des visites dans les familles et des sorties des résidents dans l'attente d'une couverture vaccinale maximale des résidents et de l'ensemble des professionnels étant amenés à intervenir en ESMS :
 - permettre les visites individuelles ou familiales des résidents vaccinés selon un schéma vaccinal complet et validé, en chambre et en promenade aux alentours ;
 - permettre la reprise de certaines activités collectives en petits groupes entre résidents et encadrants sous réserve que les résidents aient été vaccinés selon un schéma vaccinal complet et validé ;
 - permettre la poursuite des visites en cas d'apparition d'un seul cas de Covid-19 chez un résident, sous condition d'un dépistage large à la recherche d'autres cas dans l'ESMS **et à condition que ce dépistage transversal soit négatif**. En cas de positivité, et en fonction du nombre de cas secondaires, le maintien des activités collectives sera rediscuté localement pour éviter l'émergence d'un cluster ;
 - permettre les sorties dans les familles ou collectives de résidents vaccinés selon un schéma complet et validé ;
 - protéger de manière accrue les résidents non vaccinés selon un schéma vaccinal complet ou non immunisés par une infection à SARS-CoV-2 survenue dans les 15 jours à 6 mois précédents, s'ils participent à des activités collectives ou à des sorties ;
 - permettre les visites des résidents non vaccinés ou non immunisés par une infection à SARS-CoV-2 selon un circuit spécifique et organisé, et hors chambre.
- De mettre en place les modalités de suivi des résidents contacts :

- Utiliser prioritairement les prélèvements salivaires pour les campagnes de dépistage des professionnels et des résidents (cf. avis du HCSP du 1^{er} mars 2021 sur la priorisation des tests RT-PCR salivaires [27]) autour d'un cas et lors de prélèvements itératifs pour le suivi d'un cluster.

❖ Communication

- De promouvoir fortement, au niveau national, local et de l'établissement, la vaccination de l'ensemble des professionnels intervenant en ESMS afin d'obtenir le plus rapidement une possible protection individuelle et collective, visant à mieux protéger les résidents et à diminuer le risque de cluster, quel que soit le vaccin utilisé.
- D'organiser une communication des pouvoirs publics sur l'effet bénéfique de la vaccination des professionnels (y compris des professionnels de santé) et des résidents sur la diffusion épidémique du SARS-CoV-2 en ESMS, et d'insister sur les risques encourus en cas d'absence de vaccination.
- De communiquer positivement sur la notion d'exemplarité en ESMS.
- D'expliquer régulièrement, aux membres du Conseil de la vie sociale (CVS), aux familles, aux résidents et aux professionnels les adaptations et modifications des mesures tributaires, d'une part des conditions épidémiologiques du territoire, et d'autre part des multiples indicateurs internes à l'établissement : taux de couverture vaccinale chez les résidents, chez les professionnels, nouveaux cas, nouveaux résidents non vaccinés, etc.

❖ Commentaires et recommandations en réponse aux questions de la saisine

- A partir de quand peut-on considérer qu'un établissement peut voir ses règles de gestion collectives assouplies du fait de la vaccination de ses résidents / de ses professionnels ? Question du « cocon vaccinal ».
 - *HCSP : il n'est pas possible d'établir des règles prédéfinies, et il est encore trop tôt pour définir de telles stratégies, sauf si l'ensemble des résidents est vacciné et qu'aucun échappement immunitaire n'est observé dans les semaines qui viennent. Un « cocon vaccinal » dépend des organisations locales, de la couverture vaccinale des résidents et des professionnels de santé de l'établissement ou de la collectivité, de l'historique de la survenue de cluster et d'hospitalisation chez des résidents ou personnels non encore vaccinés, de la possibilité d'organiser les visites en contrôlant le risque de transmission pour le résident mais aussi pour le visiteur.*
- Quels seuils de couverture vaccinale pour les résidents et les professionnels pourraient donner lieu à des évolutions de doctrine sur les activités collectives et sur les mesures individuelles ?
 - *HCSP : il est encore trop tôt pour répondre à cette question, le HCSP est en attente de données scientifiques consolidées par les expériences canadienne, israélienne et écossaise, mais également du croisement des données françaises de survenue des clusters en ESMS en fonction de la couverture vaccinale par SpF. En tout état de cause, plus la couverture vaccinale est élevée et plus la probabilité d'infection diminue.*

- Faut-il prendre en compte la situation épidémique et/ou la « situation vaccinale » du territoire de l'établissement dans ces éventuels assouplissements ?
 - *HCSP : les données territoriales sont effectivement à prendre en compte mais la situation peut être hétérogène sur un même territoire (taux d'incidence et couverture vaccinale), et d'un ESMS à l'autre. Il est trop tôt pour prendre en compte des indicateurs territoriaux pour définir des stratégies locales en ESMS, d'autant plus que l'on observe actuellement une recrudescence de l'incidence sur certains territoires en population générale. Il convient d'attendre d'analyser la situation, avec en particulier la diffusion des nouveaux variants d'intérêt dans les ESMS. Sur le plan national, et encore une fois localement, des décisions de ne pas assouplir les règles de vie en ESMS peuvent être prises si l'on se trouve dans une zone avec une forte pression hospitalière ou si on observe l'apparition de clusters chez les résidents non vaccinés ou avec un schéma vaccinal incomplet. A l'inverse, il est possible d'assouplir les mesures dans des zones de faible circulation du virus ou de forte couverture vaccinale en ESMS. Mais ces décisions vont davantage dépendre du taux de couverture vaccinale dans les ESMS plus que de la situation épidémiologique du territoire.*

- En cas d'assouplissement des mesures collectives, quel périmètre d'application pourrait être retenu (ensemble des personnes accueillies et professionnels ou ciblage en fonction de l'état d'avancée des vaccinations dans l'établissement) ?
 - *HCSP : effectivement, les premières organisations locales permettant des assouplissements et une reprise d'une vie sociale en ESMS pourraient être réservées dans un premier temps aux résidents vaccinés avec un schéma vaccinal complet validé. Le HCSP recommande d'éviter la participation aux activités et repas collectifs des résidents non ou incomplètement vaccinés ou non immunisés par une infection à SARS-CoV-2 survenue dans les 15 jours à 6 mois précédents, pour leur protection. La survenue d'un cas positif dans l'ESMS devra induire un dépistage systématique transversal (les résidents et personnels contacts) et l'arrêt provisoire des activités collectives dans l'attente du résultat. Si d'autres cas sont détectés, les activités collectives ne pourront pas reprendre avant contrôle du cluster.*

- Est-il possible d'appliquer des règles de gestion sanitaire différentes aux résidents d'un ESMS en fonction de leur statut vaccinal ?
 - *HCSP : oui, il est possible de permettre la reprise d'une vie sociale collective pour les résidents avec un schéma vaccinal complet validé (cf. réponse précédente), tout en protégeant les résidents non vaccinés.*
 - Modalités différentes pour les visites des proches : droits de visite, fréquence des visites, conditions des visites (en chambre ou non, plexiglas ou non, gestes barrières, etc.) ?
 - *HCSP : les visites des résidents vaccinés (schéma vaccinal complet validé) peuvent être autorisées sous condition d'être organisées dans l'ESMS (circuit distinct), pas encore en chambre en cette période d'incertitude épidémiologique et immunologique (sauf si le visiteur produit spontanément la preuve d'un schéma vaccinal complet validé ou un antécédent d'infection à SARS-CoV-2 de plus de 15 jours et de moins de 6 mois), avec maintien du respect de l'ensemble des mesures barrières pour les résidents et les visiteurs. Ces visites peuvent se poursuivre même en cas d'apparition d'un cas isolé de Covid-19 dans l'ESMS, à*

condition qu'un dépistage systématique soit réalisé à la recherche d'autres cas et que celui-ci s'avère négatif (absence de cas secondaires). Il est possible d'organiser plusieurs visites hebdomadaires par résident lorsque ce dernier a pu bénéficier d'un schéma vaccinal complet et validé. Il n'est pas possible d'exiger un certificat de vaccination aux visiteurs, dans la mesure où, à ce jour, l'ensemble de la population n'a pas accès aux vaccins Covid-19. Un résultat négatif d'un test virologique peut être demandé par l'établissement pour protéger les résidents non vaccinés.

- Modalités différentes pour les sorties : droits de sortie, fréquence des sorties, conditions de retour (test, isolement, etc.) ?
 - *HCSP : les sorties peuvent être autorisées pour les résidents vaccinés (schéma vaccinal complet et validé), sans nécessité de test virologique au moment du retour sauf en cas de contact à risque avéré (prélèvement salivaire avec test virologique RT-PCR pour faciliter l'acceptation du dépistage). Les sorties peuvent être pluri-hebdomadaires. Le respect de l'ensemble des mesures barrières reste un prérequis aux sorties et durant le temps passé à l'extérieur de l'ESMS. Il est déconseillé aux résidents non ou incomplètement vaccinés de sortir de l'établissement.*
- Assouplissement des règles s'agissant des activités collectives ?
 - *HCSP : les activités collectives peuvent être organisées et proposées aux résidents vaccinés (schéma vaccinal complet validé), en petit groupe et en respectant les mesures barrières.*
- Fin du port du masque pour les résidents ?
 - *HCSP : le port du masque reste la règle, pour les résidents vaccinés ou non, en dehors de leur chambre et en présence d'autres personnes (activités collectives, visites, sorties). Seules les impossibilités en raison de problèmes cognitifs, ou autres difficultés (ex. masque à O₂, etc.) peuvent justifier le non port du masque.*
- Assouplissement des modalités de transport d'un lieu d'accueil à un autre (ex. séjour de vacances) ?
 - *HCSP : les résidents vaccinés (schéma vaccinal complet et validé) peuvent rejoindre un lieu de séjour de vacances en transport, en respectant les mesures barrières pendant tout le transport.*
- Évolution de la doctrine de tests et de tracing en cas de cas positif détecté dans l'établissement ?
 - *HCSP : lors de la détection d'un cas unique positif, il n'est possible de maintenir les activités collectives, les visites et les sorties, qu'à condition qu'un dépistage systématique des résidents et des personnels prenant en charge les résidents ait été réalisé et que celui-ci soit négatif. En cas de positivité, et en fonction du nombre de cas secondaires, le maintien des activités collectives sera rediscuté localement pour éviter l'émergence d'un cluster et ne pourra reprendre qu'après contrôle d'un cluster.*
- Quelle durée / quel étalement dans le temps pour ces éventuels assouplissements ?
 - *HCSP : toutes les propositions du HCSP de cet avis sont transitoires dans l'attente de données épidémiologiques et immunologiques confortées dans les semaines à venir. Il est possible que la situation épidémiologique s'améliore en même temps que la couverture vaccinale en ESMS augmente avec la constitution d'une immunité collective. Si la situation*

épidémiologique s'aggravait dans la population générale et dans les ESMS, malgré une large couverture vaccinale, il serait alors nécessaire de revenir à des mesures plus strictes et de nouveau interdire les activités collectives, les visites et les sorties en fonction des situations territoriales et nationales.

- Est-il possible de conditionner une admission en ESMS au fait d'avoir été vacciné ? (Au motif que cela protège les résidents qui auraient décidé de ne pas se faire vacciner – par exemple pour maintenir le « cocon vaccinal » qui suppose un certain taux de vaccination dans l'établissement), et dans quelles bornes temporelles ?
 - *HCSP : conditionner les admissions en ESMS au fait que les résidents soient vaccinés serait idéal mais n'est pas exigible. De plus, cela pourrait engendrer un sentiment de discrimination par les familles, en particulier si la couverture des professionnels de santé en ESMS reste faible. La promotion de la vaccination auprès des résidents non vaccinés (et de leur famille) et des professionnels de santé, et le respect des mesures barrières restent la règle.*

- Est-il possible de prévoir des modalités différentes pour les visites des proches lorsque ce proche a été vacciné : droits de visite, fréquence des visites, conditions des visites (en chambre ou non, plexiglas ou non, gestes barrières, etc.) ?
 - *HCSP : Si un visiteur a été vacciné selon un schéma complet (production de l'attestation AMELI, éventuellement d'un certificat de vaccination mentionnant clairement le nom du vaccin et le numéro de lot, la date de la vaccination avec identification du vaccinateur (nom et RPPS), il est possible d'organiser des visites en chambre d'un proche. Par contre, il n'est pas recommandé d'autoriser les visites en chambre si le résident est non ou incomplètement vacciné, d'autant plus qu'il pourrait ne pas être en mesure de porter un masque. Par ailleurs, il est recommandé de maintenir les mesures barrières dont le port de masque par le visiteur et le résident (si possible).*

- Quel document peut être demandé pour certifier qu'une personne a bien été vaccinée (si la situation vaccinale des résidents est connue, ce n'est pas le cas des visiteurs ou des personnes demandant à être accueillis en établissement) ?
 - *HCSP : Le seul document pouvant être demandé est l'attestation AMELI, éventuellement d'un certificat de vaccination mentionnant clairement le nom du vaccin et le numéro de lot, la date de la vaccination avec identification du vaccinateur (nom et RPPS). Le HCSP rappelle que la vaccination n'est pas obligatoire et que de nombreuses personnes, en particulier les personnes âgées de moins de 50 ans, les personnes âgées de moins de 65 sans comorbidité ainsi que les personnes âgées de 65 ans à 75 ans n'ont pas encore accès à la vaccination. Il est ainsi difficile d'exiger la présentation d'un certificat de vaccination pour que ces personnes puissent exercer leur droit de visite.*

- Qu'en est-il, le cas échéant, pour les personnes qui ont déjà été infectées par le SARS-CoV-2 ? Le cas échéant selon la date d'infection ? Pour les symptomatiques uniquement ? Sur la base d'une déclaration individuelle ?

- *HCSP : Les personnes ayant un antécédent **documenté** de Covid-19 de plus 15 jours et de moins 6 mois peuvent être dispensées d'un dépistage avant la visite. Le respect des mesures barrières reste un requis.*
- Qu'en est-il pour les personnes qui n'ont pas été vaccinées et qui seraient prêtes à signer un document dans lequel ils déclarent connaître les risques et les accepter ?
 - *HCSP : Si un résident n'est pas vacciné ou qu'il est incomplètement vacciné, les visites doivent être organisées selon un circuit spécifique et hors chambre. Le visiteur peut être vacciné ou présenter le résultat négatif d'un test virologique réalisé dans les 48-72 h. La protection des résidents non vaccinés par l'application stricte des mesures barrières par les personnes entrant à son contact est primordiale.*

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Validé le 2 mars 2021 par le président du Haut Conseil de la santé publique

Références

1. Santé publique France. COVID-19 Point épidémiologique hebdomadaire du 25 février 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-25-fevrier-2021>
2. Rydzynski Moderbacher C, Ramirez SI, Dan JM, Grifoni A, Hastie KM, Weiskopf D, et al. Antigen-Specific Adaptive Immunity to SARS-CoV-2 in Acute COVID-19 and Associations with Age and Disease Severity. *Cell*. 12 nov 2020;183(4):996-1012.e19.
3. Hotez PJ, Corry DB, Bottazzi ME. COVID-19 vaccine design: the Janus face of immune enhancement. *Nat Rev Immunol*. juin 2020;20(6):347-8.
4. Sariol A, Perlman S. Lessons for COVID-19 Immunity from Other Coronavirus Infections. *Immunity*. 18 août 2020;53(2):248-63.
5. Haute Autorité de santé. Vaccins Covid-19 : quelle stratégie de priorisation à l'initiation de la campagne ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221237/fr/vaccins-covid-19-quelle-strategie-de-priorisation-a-l-initiation-de-la-campagne
6. Pitkälä KH. COVID-19 has hit nursing homes hard. *Eur Geriatr Med*. déc 2020;11(6):889-91.
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Lond Engl*. 14 mars 2020;395(10227):912-20.
8. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 1 juin 2020;180(6):817-8.
9. Rogers L, De Brún A, McAuliffe E. Defining and assessing context in healthcare implementation studies: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 29 juin 2020;20(1):591.
10. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. [Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19]. *Rev Espanola Geriatr Gerontol*. oct 2020;55(5):272-8.
11. Berkowitz MW, Waxman R, Yaffe L. The effects of a resident self-help model on control, social involvement and self-esteem among the elderly. *The Gerontologist*. oct 1988;28(5):620-4.
12. Biedenharn PJ, Normoyle JB. Elderly community residents' reactions to the nursing home: an analysis of nursing home-related beliefs. *The Gerontologist*. févr 1991;31(1):107-15.
13. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*. juin 2020;136:38-41.
14. Brooke J, Jackson D. Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. juill 2020;29(13-14):2044-6.
15. Ouslander JG, Grabowski DC. COVID-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. *J Am Geriatr Soc*. oct 2020;68(10):2153-62.

16. Rainero I, Bruni AC, Marra C, Cagnin A, Bonanni L, Cupidi C, et al. The Impact of COVID-19 Quarantine on Patients With Dementia and Family Caregivers: A Nation-Wide Survey. *Front Aging Neurosci.* 2020;12:625781.
17. Manini A, Brambilla M, Maggiore L, Pomati S, Pantoni L. The impact of lockdown during SARS-CoV-2 outbreak on behavioral and psychological symptoms of dementia. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* mars 2021;42(3):825-33.
18. Cagnin A, Di Lorenzo R, Marra C, Bonanni L, Cupidi C, Laganà V, et al. Behavioral and Psychological Effects of Coronavirus Disease-19 Quarantine in Patients With Dementia. *Front Psychiatry.* 2020;11:578015.
19. O’Caoimh R, O’Donovan MR, Monahan MP, Dalton O’Connor C, Buckley C, Kilty C, et al. Psychosocial Impact of COVID-19 Nursing Home Restrictions on Visitors of Residents With Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study as Part of the Engaging Remotely in Care (ERiC) Project. *Front Psychiatry.* 2020;11:585373.
20. Yeh T-C, Huang H-C, Yeh T-Y, Huang W-T, Huang H-C, Chang Y-M, et al. Family members’ concerns about relatives in long-term care facilities: Acceptance of visiting restriction policy amid the COVID-19 pandemic. *Geriatr Gerontol Int.* oct 2020;20(10):938-42.
21. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans RTCM, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *J Am Med Dir Assoc.* juill 2020;21(7):900-4.
22. Huxhold O, Fiori KL, Webster NJ, Antonucci TC. The Strength of Weaker Ties: An Underexplored Resource for Maintaining Emotional Well-Being in Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 13 août 2020;75(7):1433-42.
23. Senczyszyn A, Lion KM, Szcześniak D, Trypka E, Mazurek J, Ciułkiewicz M, et al. Mental Health Impact of SARS-COV-2 Pandemic on Long-Term Care Facility Personnel in Poland. *J Am Med Dir Assoc.* nov 2020;21(11):1576-7.
24. Haute Autorité de santé. COVID-19 Comment protéger vos proches lors des visites en établissements accueillant des personnes âgées ? [Internet]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fu_covid19_ehpad_vdef_mel.pdf
25. mission nationale PRIMO. Fiches thématiques destinées au secteur médico-social et aux soins de ville dans le contexte d’épidémie de Covid-19. [Internet]. Disponible sur: <http://antibioreistance.fr/covid19>
26. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med.* 24 févr 2021;
27. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 1er mars 2021 relatif à la priorisation des tests salivaires itératifs dans le contexte des infections à SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=988>

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé**De :** SALOMON, Jérôme (DGS)**Envoyé :** jeudi 18 février 2021 19:07**À :** CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP);**Objet :** SAISINE HCSP**Importance :** Haute

Monsieur le Président, cher Franck,

Dans le contexte de la montée en charge de la campagne de vaccination contre la COVID-19 et de la progression de l'immunité collective, je souhaite recueillir l'avis du Haut Conseil sur les points suivants concernant les personnes âgées en EHPAD ou en unité de soins de longue durée qui étaient et demeurent prioritaires pour la vaccination, selon la stratégie arrêtée nationalement.

Je souhaite en particulier disposer de votre avis sur les évolutions organisationnelles, tant au niveau des établissements qu'au niveau individuel (visites, sorties, activités collectives), qui pourraient résulter de la campagne de vaccination. Ainsi :

- A partir de quand peut-on considérer qu'un établissement peut voir ses règles de gestion collectives assouplies du fait de la vaccination de ses résidents / de ses professionnels ? Question du « cocon vaccinal ».
- Quels seuils de couverture vaccinale pour les résidents et les professionnels pourraient donner lieu à des évolutions de doctrine sur les activités collectives et sur les mesures individuelles ?
- Faut-il prendre en compte la situation épidémique et/ou la « situation vaccinale » du territoire de l'établissement dans ces éventuels assouplissements ?
- En cas d'assouplissement des mesures collectives, quel périmètre d'application pourrait être retenu (ensemble des personnes accueillies et professionnels ou ciblage en fonction de l'état d'avancée des vaccinations dans l'établissement) ?
- Est-il possible d'appliquer des règles de gestion sanitaire différentes aux résidents d'un ESMS (ou un ES ?) en fonction de leur statut vaccinal ?
 - Modalités différentes pour les visites des proches : droits de visite, fréquence des visites, conditions des visites (en chambre ou non, plexiglas ou non, gestes barrières, etc.) ?
 - Modalités différentes pour les sorties : droits de sortie, fréquence des sorties, conditions de retour (test, isolement, etc.) ?
 - Assouplissement des règles s'agissant des activités collectives ?
 - Fin du port du masque pour les résidents ? Assouplissement des modalités de transport d'un lieu d'accueil à un autre (ex. séjour de vacances) ?
 - Evolution de la doctrine de tests et de tracing en cas de cas positif détecté dans l'établissement ?
 - Quelle durée / quel étalement dans le temps pour ces éventuels assouplissements ?
- Est-il possible de conditionner une admission en ESMS au fait d'avoir été vacciné ? (au motif que cela protège les résidents qui auraient décidé de ne pas se faire vacciner – par exemple pour maintenir le « cocon vaccinal » qui suppose un certain taux de vaccination dans l'établissement), et dans quelles bornes temporelles ?
- Est-il possible de prévoir des modalités différentes pour les visites des proches lorsque ce proche a été vacciné : droits de visite, fréquence des visites, conditions des visites (en chambre ou non, plexiglas ou non, gestes barrières, etc.) ?
- Quel document peut être demandé pour certifier qu'une personne a bien été vaccinée (si la situation vaccinale des résidents est connue, ce n'est pas le cas des visiteurs ou des personnes demandant à être accueillis en établissement) ?
- Qu'en est-il, le cas échéant, pour les personnes qui ont déjà été infectés par le SARS-COV-2 ? Le cas échéant selon la date d'infection ? Pour les symptomatiques uniquement ? Sur la base d'une déclaration individuelle ?

- Qu'en est-il pour les personnes qui n'ont pas été vaccinées et qui seraient prêtes à signer un document dans lequel ils déclarent connaître les risques et les accepter ?

Je souhaite pouvoir disposer de vos préconisations pour le 26 février si possible.

Je te prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de toute mon amitié. Jérôme

Professeur Jérôme SALOMON
Directeur général de la
Santé
PARIS 07 SP, FRANCE
[www.solidarites-
sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)



Direction générale
de la santé

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Membre du Collège du HCSP

- Zeina MANSOUR, vice-présidente du HCSP

Membres de la commission spécialisée *Maladies Infectieuses et Maladies Émergentes* du HCSP

- Daniel CAMUS
- Céline CAZORLA
- Christian CHIDIAC, Président du groupe de travail permanent Covid-19, Pilote de la réponse à cette saisine
- Emmanuel DEBOST
- Jean-François GEHANNO
- Sophie MATHERON
- Henri PARTOUCHE
- Elisabeth NICAND
- Bruno POZZETTO
- Nicole VERNAZZA

Membre de la commission spécialisée *Système de santé et Sécurité des patients* du HCSP

- Didier LEPELLETIER, Co-Président du groupe de travail permanent Covid-19, Pilote de la réponse à cette saisine

Membre de la commission spécialisée *Maladies chroniques* du HCSP

- Marc BONNEFOY

Représentants de Santé publique France

- Anne BERGER-CARBONNE
- Daniel LEVY-BRUHL

Expert du CNR des virus infections respiratoires (dont la grippe)

- Sylvie VAN DER WERF

Représentants de l'Anses

- Nicolas ETERRADOSSI
- Gilles SALVAT

Autres experts

- Jean-Pierre AQUINO, Délégué général de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)
- Gabriel BIRGAND, CHU Nantes, CPIAS Pays-de-la-Loire
- Olivier GUERIN, Gériatre, CHU Nice, président de la SFGG
- Jean-Daniel LELIEVRE, AP-HP, CHU Henri Mondor, Service d'Immunologie clinique et maladies infectieuses
- Claire ROUBAUD, Gériatre, CHU Bordeaux, Service de Neurologie vasculaire et post-urgence gériatrique

SG-HCSP

- Sylvie FLOREANI
- Ann PARIENTE-KHAYAT

Annexe 3 – Liste des experts / structures auditionnés

- Marc BOURQUIN, Conseiller stratégie, Responsable de l'articulation et de la coordination, Parcours, Proximité, Autonomie et Territoire de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- Chantal ERAULT, DGCS
- Jérôme JUMEL, chef de service DGCS
- Bernadette WORMS, DGS

Avis produit par le HCSP

Le 2 mars 2021

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr