

Présidente : Dr Thérèse STAUB

Service National des Maladies Infectieuses

Vice-présidente : Dr Isabel de la FUENTE GARCIA

Expert permanent en infectiologie pédiatrique

Secrétaire : Dr Françoise BERTHET

Direction de la Santé,
Directeur adjoint

Membres :

Dr Armand BIVER

Société Luxembourgeoise de
Pédiatrie

Dr Jean FABER

Société Luxembourgeoise de
Pneumologie

Dr Carine FEDERSPIEL

Société Médicale
Luxembourgeoise de
Géronto-Gériatrie

Thibault FERRANDON

Fédération Luxembourgeoise
des Laboratoires d'Analyses
Médicales

Dr Véronique HEYMANS

Association des Médecins-
Dentistes

Dr Silvana MASI

Direction de la Santé,
Division de la Médecine
scolaire et de la santé des
enfants et adolescents

Dr Monique PERRIN

Laboratoire National de
Santé

Dr Jean-Claude SCHMIT

Direction de la Santé,
Directeur

Dr Jean-Paul SCHWARTZ

Cercle des Médecins
Généralistes

Dr Nguyen TRUNG NGUYEN

Laboratoire National de
Santé

Dr Anne VERGISON

Direction de la Santé,
Division de l'Inspection
sanitaire

Marcin WISNIEWSKI

Direction de la Santé,
Division de la Pharmacie et
des médicaments

Expert permanent :

Dr Vic ARENDT

Service national des maladies
infectieuses

**Recommandation du CSMI concernant la recherche des infections à SARS-CoV-2 dans
les structures d'hébergement pour personnes âgées**

Le CSMI recommande :

- de procéder à la surveillance des infections à SARS-CoV-2 chez les résidents des structures d'hébergement (vaccinés, guéris et non vaccinés) à intervalles réguliers, au moins par TAR
- de procéder à la surveillance des infections à SARS-CoV-2 de l'ensemble du personnel (vacciné, guéri et non vacciné) de ces structures à intervalles réguliers, au moins par TAR
- d'investiguer tout cluster d'infection (un cluster étant défini par l'apparition de 3 cas d'infection parmi les résidents et/ou le personnel sur une période de 14 jours) par le déploiement immédiat d'un testing de l'ensemble des résidents et du personnel de la structure par test PCR, en complément du contact tracing.

Le CSMI recommande les intervalles de surveillance par tests TAR suivants :

- au moins tous les 14 jours pour l'ensemble des résidents et du personnel vacciné ou guéri ;
- au moins deux fois par semaine pour les résidents non vaccinés (en cas de sortie à haut risque, cette fréquence peut être augmentée) ;
- lors de chaque prise de poste pour le personnel non vacciné.

La performance des tests PCR étant supérieure à la performance des TAR pour l'identification de l'infection à SARS-CoV-2, cette surveillance peut être renforcée par le recours à des tests PCR en cas de besoin ou de pression épidémique accrue.

Par ailleurs, la vaccination ayant démontré son efficacité contre l'infection et la transmission de l'infection dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, le CSMI recommande de renforcer la vaccination complète des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées et, surtout, de renforcer la vaccination complète du personnel de ces structures.

Contexte

Le dispositif de tests COVID-19 déployé par les équipes mobiles dans les maisons de soins et CIPAs dans le cadre du Large Scale Testing (LST) vient à échéance le 15 septembre 2021.

Afin de maintenir un certain niveau de surveillance de la circulation du SARS-CoV-2 au sein de la population, le Conseil de gouvernement a approuvé, dans sa séance du 23 juillet 2021, un dispositif de test COVID-19 pour la période septembre-décembre 2021, décliné en 6 axes. Pour ce qui concerne la population des structures d'hébergement pour personnes âgées, diverses dispositions sont applicables :

- un axe prévoit la réalisation de tests réguliers en continu pour la population hautement vulnérable au COVID-19 (personnel et résidents des maisons de soins, CIPAs, hôpitaux et autres structures), par auto-tests antigéniques rapides (TAR) mis à disposition par la Direction de la santé ;
- un autre axe prévoit la réalisation de tests PCR d'urgence en cas de cluster, incluant le séquençage, par déploiement de 7 équipes de tests mobiles dont le temps de réactivité est court (5j/7) et dont la capacité est de 11 200 tests par mois ;
- la surveillance sérologique du taux de séropositivité des résidents des maisons de soins et CIPAs est poursuivie (programme COVVAC, par méthode « dry blood spot ») tous les 4 mois, pour les 18 prochains mois.

Il est entendu que l'accès à un test PCR, sur ordonnance médicale, reste garanti pour tout cas suspect et que le contact tracing avec test PCR de tous les contacts à haut risque au jour 6, ainsi que l'investigation de clusters, sont maintenus.

En cas d'évolution péjorative de la pandémie (variant plus pathogène, augmentation des hospitalisations et des décès), une nouvelle stratégie de testing à large échelle serait soumise au Conseil de Gouvernement.

Question soumise pour avis au Conseil supérieur des maladies infectieuses

La stratégie de testing des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées doit-elle être poursuivie par tests PCR réguliers, toutes les 2 à 4 semaines, conformément aux dispositions du LST actuel, ou peut-elle être abandonnée au profit du dispositif décrit ci-dessus ?

Avis du CSMI

Considérant l'importance d'une surveillance de la COVID-19 dans les établissements de long séjour, soulignée entre autres par le rapport technique de l'European Center for Disease Control and Prevention du 19 mai 2021 ;

Considérant que les dispositions prises par le Conseil de Gouvernement décrites ci-dessus (2 premiers axes) sont cohérentes avec les recommandations émises par l'ECDC ;

Considérant cependant qu'il n'existe pas de données permettant de privilégier une modalité de surveillance par rapport à une autre ;

Considérant l'évolution actuelle de la pandémie de COVID-19, avec, selon le rapport épidémiologique hebdomadaire du 10 août 2021, un taux d'incidence chez les résidents luxembourgeois de 64 par 100.000 habitants sur 7 jours (en décroissance), et des taux d'incidence les plus bas dans la population âgée de 75 ans et plus (17/100.000) et dans la population âgée de 60 à 74 ans (28/100.000) ;

Considérant le taux actuel de détection de cas positifs parmi les résidents et le personnel ciblés par les équipes mobiles du Large Scale Testing, qui est de 1 cas sur plus de 3000 tests réalisés par semaine (incidence 0.03%) au cours des 4-5 dernières semaines ;

Considérant que, au cours du mois de juillet 2021, l'incidence des nouveaux cas est plus élevée au sein du personnel de ces structures qu'au sein des résidents, et en particulier au sein du personnel non vacciné ou incomplètement vacciné (données du rapport épidémiologique hebdomadaire du 3 août 2021) ;

Considérant que le variant delta représente actuellement (semaine du 26 juillet au 1^{er} août 2021, données ReViLux) 81% de tous les cas séquencés au Luxembourg, sans pour autant que cette augmentation se traduise par une apparition de clusters dans les structures d'hébergement pour personnes âgées ni par une augmentation des nouvelles infections parmi les résidents de ces structures ;

Considérant que le taux de vaccination général dans la population est de 72.2% pour une seule dose et de 68.4% pour une vaccination complète (données Vaccine tracker au 10 août 2021) ;

Considérant le taux de vaccination moyen des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées, qui est de 85% (81-100%, variable selon la structure) ;

Considérant le taux de vaccination du personnel de ces structures, atteignant au moins 60 à 65%, tout personnel confondu, et sachant que ce taux de couverture vaccinale est sous-évalué car il ne tient pas compte des vaccinations effectuées à l'étranger pour le personnel frontalier de ces structures ;

Considérant le taux de séropositivité des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées, compris actuellement entre 82% et 85% selon les structures (données non publiées) ;

Considérant que la vaccination complète ou que le statut de guérison ne confère pas de protection à 100% contre l'infection à SARS-CoV-2, et que cette protection peut être réduite contre de nouveaux variants ;

Considérant que les modalités de surveillance de la circulation du SARS-CoV-2 dans les établissements de soins de longue durée sont variables selon les pays, et dépendent entre autres de l'incidence de la COVID-19 dans la communauté, des variants circulants, du taux de vaccination des résidents et du personnel, de la disponibilité des tests ;

Considérant les dispositions de l'article 3 (1) et (2) de l'article 3 de la loi du 17 juillet 2020 telle qu'elle a été modifiée et en particulier :

- l'obligation de 3 tests hebdomadaires (autotest antigénique rapide) pour tout personnel des structures d'hébergement pour personnes âgées (professionnel de la santé et personnel en contact étroit avec les patients et pensionnaires de ces structures), sauf si ces personnes sont vaccinées ou rétablies ;
- l'obligation de test (autotest antigénique rapide) pour tout prestataire de services externes et tout visiteur des structures d'hébergement pour personnes âgées, dès lors qu'ils sont en contact étroit avec les pensionnaires de ces structures, sauf si ces prestataires et visiteurs sont vaccinés ou rétablis ;

Considérant l'ordonnance du 30 juin 2021 du Directeur de la santé, qui prévoit notamment le dépistage par TAR de tout résident non vacciné à une fréquence minimale de deux fois par semaine ;

Considérant qu'une évolution péjorative de la pandémie, avec en particulier l'émergence de variants plus transmissibles, ou plus pathogènes (induisant une augmentation des hospitalisations et des

décès), ou de variants qui échappent à la protection vaccinale, nécessite une révision de la stratégie nationale de testing ;

Le CSMI recommande :

- de procéder à la surveillance des infections à SARS-CoV-2 chez les résidents des structures d'hébergement (vaccinés, guéris et non vaccinés) à intervalles réguliers, au moins par TAR
- de procéder à la surveillance des infections à SARS-CoV-2 de l'ensemble du personnel (vacciné, guéri et non vacciné) de ces structures à intervalles réguliers, au moins par TAR
- d'investiguer tout cluster d'infection (un cluster étant défini par l'apparition de 3 cas d'infection parmi les résidents et/ou le personnel sur une période de 14 jours) par le déploiement immédiat d'un testing de l'ensemble des résidents et du personnel de la structure par test PCR, en complément du contact tracing.

Le CSMI recommande les intervalles de surveillance par tests TAR suivants :

- au moins tous les 14 jours pour l'ensemble des résidents et du personnel vacciné ou guéri ;
- au moins deux fois par semaine pour les résidents non vaccinés (en cas de sortie à haut risque, cette fréquence peut être augmentée) ;
- lors de chaque prise de poste pour le personnel non vacciné.

La performance des tests PCR étant supérieure à la performance des TAR pour l'identification de l'infection à SARS-CoV-2, cette surveillance peut être renforcée par le recours à des tests PCR en cas de besoin ou de pression épidémique accrue.

La vaccination ayant démontré son efficacité contre l'infection et la transmission de l'infection dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, le CSMI recommande de renforcer la vaccination complète des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées et, surtout, de renforcer la vaccination complète du personnel de ces structures.

Cette recommandation a été préparée par le Dr Françoise Berthet. Elle a été soumise aux membres du CSMI et validée par voie électronique en date du 18 août 2021, et reflète la position du CSMI sur base des données disponibles à la date de sa validation par ses membres ; cette recommandation pourra faire l'objet de modifications en fonction de l'évolution de la pandémie et de l'émergence de nouvelles souches virales, de données de performance de tests de dépistage de l'infection à SARS-CoV-2, ainsi que de données de couverture et d'efficacité des schémas vaccinaux.

Références

ECDC Rapid risk assessment. 26 July 2021 [COVID-19 outbreaks in LTCFs in the EU/EEA in the context of the current vaccination coverage \(europa.eu\)](#)

ECDC Technical report. 19 May 2021. [Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA \(europa.eu\)](#)

ECDC COVID-19 Vaccine tracker. [COVID-19 Vaccine Tracker | European Centre for Disease Prevention and Control \(europa.eu\)](#) – données accédées le 10 août 2021

Bundesministerium vor Gesundheitswesen. Nationale Teststrategie SARS-CoV-2. 14 Juli 2021 [Teststrategie.png \(2167x1500\) \(rki.de\)](#)

Office fédéral de la santé publique. Mise en œuvre de la stratégie de tests SARS-CoV-2 (version du 02.07.2021) [Mise en oeuvre stratégie de test Sars-CoV-2.pdf](#)

Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'intérêt des tests antigéniques rapides (TDR/TROD) sur prélèvement nasal pour la détection du virus SARS-CoV-2 (Métaanalyse)- mis en ligne le 03/06/2021

[Évaluation de l'intérêt des tests antigéniques rapides \(TDR/TROD\) sur prélèvement nasal pour la détection du virus SARS-CoV-2 \(Méta-analyse\) \(has-sante.fr\)](#)

Laboratoire national de santé. [Respiratory Viruses Surveillance - Revilux - LNS revilux](#)

Kahn R. et al. Mathematical modeling to inform vaccination strategies and testing approaches for COVID-19 in nursing homes. Clin Infect Dis. 2021 Jun 4;ciab517. doi: 10.1093/cid/ciab517

Wachinger J. et al. The potential of SARS-CoV-2 antigen-detection tests in the screening of asymptomatic persons; Clin Microbiol Infect. 2021 Jul 26;S1198-743X(21)00412-2. doi: 10.1016/j.cmi.2021.07.020.

Dinnes J. et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection; Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 3. Art. No.: CD013705. DOI: 10.1002/14651858.CD013705.pub2.