



Berne, 12 mai 2021

Document de réflexion « Modèle des trois phases »

Rapport du Conseil fédéral concernant la concrétisation du modèle des trois phases



Table des matières

1.	Stratégie globale face à la crise du COVID-19 et intégration du modèle des trois phases	3
2.	Le modèle des trois phases	4
2.1.	Phase 1 (protection).....	4
2.2.	Phase 2 (stabilisation).....	6
2.3.	Phase 3 (normalisation)	8
3.	Changement de phase	13
3.1.	Qu'est-ce qui détermine le changement de phase ?.....	13
3.2.	Disposition de la population à se faire vacciner	15
3.3.	Scénarios de vaccination	15
4.	Démarche pour la levée progressive des mesures	17
4.1.	Accès de personnes vaccinées, guéries ou testées négatives à des installations/ manifestations à partir de la phase 2.....	17
4.2.	Assouplissements pendant la phase 1	19
4.3.	Assouplissements pendant la phase 2	19
4.4.	Assouplissements pendant la phase 3	20
4.5.	Rôle des tests à grande échelle et du TTIQ	20
4.6.	Allègements cantonaux	21
5.	Risques, défis et planification à moyen terme	22
5.1.	Risques et défis.....	22
5.2.	Planification à moyen terme	23
5.3.	Levée de la situation particulière	23



1. Stratégie globale face à la crise du COVID-19 et intégration du modèle des trois phases

L'objectif supérieur du Conseil fédéral face à l'épidémie de COVID-19 est de protéger la santé de la population en Suisse et de limiter autant que possible les conséquences néfastes de l'épidémie pour la santé, la société et l'économie.

Depuis qu'une protection vaccinale efficace contre le COVID-19 est disponible et que de nouveaux procédés permettent de réaliser des tests facilement et rapidement, ces deux catégories de mesures complètent efficacement les mesures non pharmaceutiques (règles d'hygiène et de distance, port de masques faciaux, plans de protection, TTIQ [test, traçage, isolement, quarantaine], fermetures). Comme expliqué dans le document accompagnant la consultation sur la phase d'assouplissement II¹, la stratégie du Conseil fédéral pour endiguer l'épidémie repose sur trois piliers : la vaccination, les tests et les mesures non pharmaceutiques.

Sachant que la couverture vaccinale de la population suisse progresse, il est réaliste d'envisager que la vie sociale et économique retrouve bientôt un cours normal. Pour atteindre ce but, le Conseil fédéral a défini un modèle en trois phases qui esquisse la démarche stratégique menant à une sortie de la crise du COVID-19, fondée sur l'accroissement de la couverture vaccinale et sur la réalisation de tests étendus et répétés. Le repère le plus important est la progression de la couverture vaccinale de la population suisse. Les trois phases du modèle sont définies ainsi :

- **Phase 1** : elle dure jusqu'à ce que toutes les personnes vulnérables qui le souhaitent aient été complètement vaccinées.
- **Phase 2** : elle commence dès que toutes les personnes vulnérables qui le souhaitent ont été complètement vaccinées et dure jusqu'à ce que toutes les autres personnes qui le souhaitent aient été complètement vaccinées.
- **Phase 3** : elle commence dès que toutes les personnes qui le souhaitent ont été complètement vaccinées.

Le risque que les infections repartent à la hausse reste présent même lorsque la phase 3 est atteinte. Mais lorsque l'on approche de cette phase, la lutte contre la propagation du virus passe au second plan. Il y a lieu de penser qu'à long terme toutes les personnes en Suisse seront immunisées, soit parce qu'elles auront été vaccinées soit parce qu'elles auront été infectées, et que le COVID-19 sera devenu une maladie que l'on peut prévenir par la vaccination, comme la rougeole ou la grippe. Il est possible que des rappels réguliers soient nécessaires pour maintenir la protection de la population si les vaccins existants n'ont pas une efficacité optimale contre de nouveaux variants ou si l'immunité conférée par les vaccins diminue rapidement après la vaccination. Une stratégie de lutte basée sur la vaccination sera élaborée pour définir le cadre applicable.

¹ Phase d'assouplissement II : document d'accompagnement pour les cantons, 12.3.2021

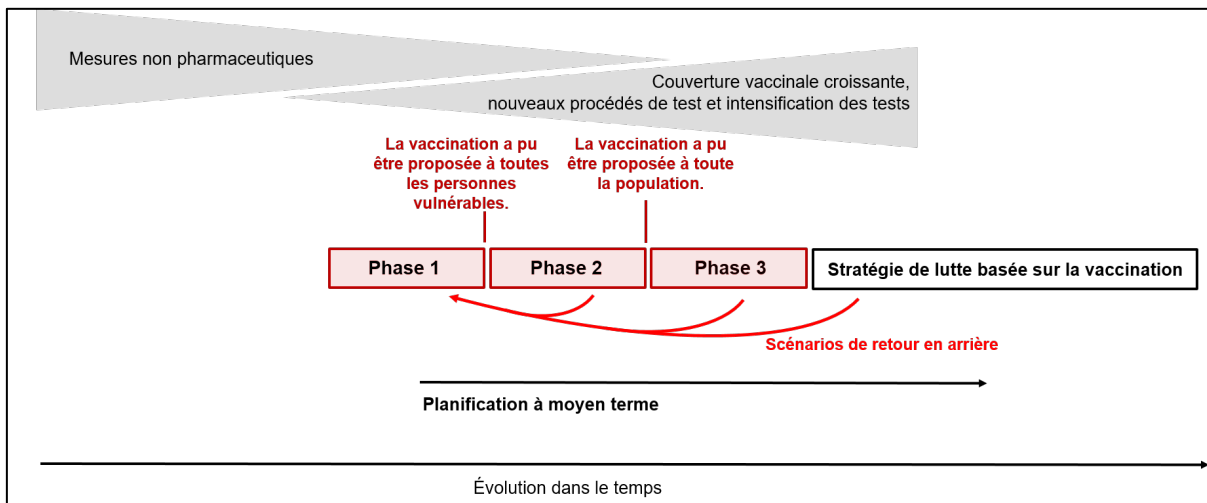


Figure 1 : Intégration du modèle des trois phases dans l'hypothèse où la stratégie de vaccination peut être mise en œuvre comme prévu.

2. Le modèle des trois phases

Les rubriques ci-après détaillent chacune des trois phases et leurs aspects spécifiques. Le chap. 3 décrit les changements de phase et les défis que ces transitions posent.

2.1. Phase 1 (protection)

Dans la phase 1, la couverture vaccinale reste faible et la vaccination des personnes vulnérables (groupe-cible P1 selon la stratégie de vaccination de la Commission fédérale pour les vaccinations, CFV²) n'est pas encore terminée. Cela signifie qu'il faut rester prudent et éviter une forte augmentation du nombre de cas. Lors de la deuxième vague, on a constaté que chaque hausse du nombre de cas était suivie d'une hausse du nombre d'hospitalisations et de décès. Et l'exemple d'autres pays, comme la Grande-Bretagne, l'Espagne ou le Portugal, montre malheureusement de façon saisissante combien cette évolution peut être rapide et qu'en pareil cas, il faut prendre des mesures énergiques. En phase 1, il est encore trop tôt pour escompter que la couverture vaccinale croissante des personnes vulnérables puisse enrayer cette dynamique. On peut néanmoins penser qu'un nombre grandissant de personnes vulnérables sont suffisamment bien protégées contre des évolutions graves du COVID-19.

Après les assouplissements décidés sur la base d'une analyse des risques le 14 avril 2021 et la détérioration continue de la situation épidémique au cours des semaines écoulées, il semble peu probable aujourd'hui que des assouplissements supplémentaires soient possibles en phase 1. Le risque est trop grand que cela entraîne une accélération de l'épidémie, qui pourrait compromettre les conditions d'administration des nombreuses doses de vaccin à disposition pour la phase 2. Si, contrairement aux scénarios scientifiques, la situation épidémiologique ne

² [COVID-19 : Stratégie de vaccination \(état 14.4.2021\)](#)



se dégrade pas, il sera possible de s'appuyer sur les indicateurs définis pour la phase 2 pour décider de nouveaux assouplissements.

Indicateurs : valeurs-limites de durcissement

Lors de la séance du 19 mars 2021, le Conseil fédéral a proposé des valeurs-limites pour les indicateurs en phase 1³ afin de créer une bonne base pour l'entrée en phase 2. Le Conseil fédéral profite de la publication du présent rapport pour adapter graduellement les valeurs de ces indicateurs compte tenu de la progression de la couverture vaccinale, des enseignements tirés des trois premières étapes d'assouplissement le 1^{er} mars, 22 mars et 14 avril 2021 et de la longue période d'observation de l'évolution épidémique. Si une ou plusieurs de ces valeurs sont dépassées, le Conseil fédéral envisagera et, si nécessaire, décidera un nouveau durcissement des mesures. Il faudra alors attendre que la situation se détende avant de pouvoir envisager à nouveau des assouplissements. Cela suppose que tous les indicateurs indiquent une baisse et que les valeurs de R_e redescendent à 1 ou moins.

La valeur-limite proposée pour l'incidence du nombre de cas à 14 jours est relevée à 450 nouvelles infections pour 100 000 habitants, soit une hausse de 50 % environ par rapport à la situation actuelle. Ce seuil semble possible en particulier si l'on considère que la situation dans les unités de soins intensifs (USI) est momentanément sous contrôle. De même, il est raisonnable de porter à 120 la valeur-limite de la moyenne des hospitalisations sur 7 jours. La valeur de R_e reste importante, car elle reflète l'évolution de l'épidémie : un chiffre de 1,15 correspond à un temps de doublement de trois bonnes semaines. Comme on a pu le constater dans des pays comme l'Espagne, le Portugal et l'Irlande, où le R_e avait dépassé 1,5 en début d'année, cet indicateur peut augmenter très vite. Dans ce cas, l'épidémie s'accélérait de manière exponentielle. Si la valeur-limite des autres indicateurs est dépassée alors que le R_e est élevé, on risque de perdre le contrôle de la pandémie, et nouvelles mesures de fermeture s'imposeraient. Le Conseil fédéral est conscient que le relèvement de la valeur-limite des indicateurs fait courir le risque d'une accélération de la dynamique des infections. En outre, l'accroissement de la circulation du virus augmente le risque de mutations contre lesquelles les vaccins sur le marché ne seraient plus aussi efficaces. Dans tous les cas, l'évolution de l'épidémie dans cette phase doit être surveillée de très près afin de mettre en œuvre en temps utile des actions susceptibles de corriger la situation.

³ Valeurs-limites de durcissement proposées pour les indicateurs le 19.3.21 : incidence à 14 jours < 350 cas/100 000 habitants ; nombre de lits de soins intensifs occupés par des patients COVID-19 < 300 lits ; taux de reproduction R_e moyen sur 7 jours < 1,15 ; nombre d'hospitalisations moyen sur 7 jours < 80.



Indicateurs : valeurs-limites de durcissement en phase 1

Indicateur	Valeur-limite de durcissement
Incidence du nombre de cas à 14 jours (cumul)	< 450
Nombre de lits COVID-19 aux USI (moyenne sur 15 jours)	< 300 lits
Taux de reproduction R_e moyen sur 7 jours	< 1,15
Nombre d'hospitalisations moyen sur 7 jours (nombre/jour)	< 120

Ces valeurs-limites ne sont pas des critères figés, mais des outils pour procéder à l'appréciation générale de la situation. Elles ne doivent pas non plus être associées à un automatisme.

2.2. Phase 2 (stabilisation)

La phase 2 commence dès que toutes les personnes vulnérables (groupe-cible P1 selon la stratégie de vaccination de la CFV²) qui le souhaitent ont été vaccinées. À partir de ce moment, le nombre des hospitalisations et des décès devrait diminuer constamment, comme cela a été observé dans d'autres pays où le taux de vaccination est important (p. ex. Israël), pour autant que la couverture vaccinale des personnes vulnérables ait atteint un niveau suffisamment élevé et que le taux de vaccination progresse rapidement dans le reste de la population. Pour pouvoir entrer en phase 2, il est donc crucial d'exhorter les personnes vulnérables à se faire vacciner durant la phase 1 et de tout mettre en œuvre pour que l'ensemble de cette catégorie de la population, en particulier, puisse accéder rapidement et facilement à la vaccination. Il incombe aux autorités nationales et cantonales d'exprimer clairement leur attente que tout le monde se fasse vacciner, car la vaccination est aussi un geste de solidarité envers autrui. Plus les vaccinations sont nombreuses durant les phases 1 et 2, plus le passage en phase 3 peut arriver vite et être durable, avec l'instauration d'une situation stable exempte de restrictions.

En phase 2, un très grand nombre de personnes sont vaccinées. Il y a donc un risque que les restrictions ne soient plus respectées et que les personnes non vaccinées soient, elles aussi, tentées de multiplier leurs contacts et d'avoir des comportements plus risqués. L'expérience d'autres pays montre que, lorsque le nombre de doses de vaccin administrées augmente fortement, il faut s'attendre à une accélération de l'épidémie. S'il devait y avoir une forte hausse du nombre de cas pendant cette période, ce sont vraisemblablement les jeunes et les personnes âgées non vaccinées qui devront être hospitalisés. Il convient de mentionner ici le risque potentiel supplémentaire d'évolutions graves en cas d'infection par le variant B.1.1.7, qui est dominant dans l'épidémie en Suisse depuis mars. Cela se répercute entre autres sur le taux d'hospitalisation des jeunes. Dans cette phase, il faudrait éviter une hausse incontrôlée du nombre de cas en raison des conséquences à long terme de la maladie, mais aussi parce que, dans certaines activités professionnelles, il n'est pas possible de se protéger complètement des infections. Une autre raison d'éviter une vague de contamination tient au fait qu'en phase 2 la possibilité de se protéger grâce à la vaccination est imminente. Or, plus la possibilité d'une protection vaccinale est proche, plus il est inutile de risquer une contamination susceptible d'avoir des conséquences graves. Il est donc d'autant plus important durant cette phase que la population se comporte de manière responsable et se protège de manière adéquate.



Ce n'est qu'à cette condition que de nouveaux assouplissements seront possibles sans compromettre la campagne de vaccination.

Indicateurs : valeurs-limites de durcissement et d'assouplissement

Les prévisions concernant l'évolution des infections basées sur des modèles mathématiques comportent un grand nombre d'incertitudes. C'est pourquoi il est actuellement impossible de fixer des valeurs-limites invariables pour les indicateurs destinés à réagir à l'épidémie. En effet, on peut être amené à modifier les valeurs fixées des mois à l'avance selon l'évolution épidémiologique. Le Conseil fédéral continuera donc d'adapter la valeur-limite des indicateurs lorsque la surveillance de l'évolution épidémiologique le permettra, comme il le fait dans le présent document pour les indicateurs en phase 1.

Le Conseil fédéral propose de conserver pour la phase 2 les valeurs-limites de durcissement prévues pour la phase 1, hormis pour l'incidence à 14 jours, qui peut être portée à 600 nouvelles infections pour 100 000 habitants (contre 450 en phase 1). Les indicateurs qui reflètent la charge du système de santé restent cruciaux en phase 2, notamment le nombre de lits COVID-19 dans les unités de soins intensifs. D'une part, une forte hausse du nombre de cas est l'un des premiers chiffres pouvant indiquer une détérioration de la situation épidémique. D'autre part, la proportion de la population susceptible de contracter le SARS-CoV-2 diminue au fur et à mesure que la couverture vaccinale progresse. Ainsi, une valeur de 600, par exemple, correspond à 1000 dans la population non vaccinée si le taux de vaccination atteint 40 %. Cela tient au fait que le nombre de personnes non vaccinées diminue constamment, et avec lui le nombre de personnes susceptibles de contracter le virus. La valeur-limite de l'indicateur d'occupation des unités de soins intensifs par des patients COVID-19, en particulier, ne doit pas être plus élevée en phase 2 qu'en phase 1 parce que, quelle que soit la phase, un taux élevé d'occupation des unités de soins intensifs nuit à la qualité des soins et à la capacité du système sanitaire à prendre en charge d'autres problèmes de santé.

On constate déjà que l'âge moyen des hospitalisations et des admissions en soins intensifs tend à diminuer en raison de la progression de la couverture vaccinale. Cette tendance devrait s'accroître en phase 2. Mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il y aura ensuite un ralentissement des hospitalisations et des admissions en soins intensifs. En effet, le bénéfice de l'extension de la couverture vaccinale pourrait être érodé par la gravité des maladies provoquées par le variant B.1.1.7. De plus, avec une incidence à 14 jours de 600 et un R_e de 1,15, il faut s'attendre à ce que le nombre de nouvelles infections atteigne en 17 jours un niveau correspondant au pic de la deuxième vague. En outre, l'impact des actions correctrices est limité en raison du décalage temporel de leurs effets.

En phase 2, il n'est pas prévu que les assouplissements reposent sur des valeurs-limites fixes. Il faut pouvoir procéder à des assouplissements à intervalles réguliers si les indicateurs ne menacent pas de dépasser les valeurs-limites de durcissement et que la dynamique de l'épidémie semble sous contrôle, à condition d'avoir pu observer l'évolution de l'épidémie pendant trois semaines au moins depuis le dernier train d'assouplissements. Procéder à des assouplissements en phase 2 suppose donc que le nombre de cas, le nombre d'hospitalisations et le taux d'occupation des unités de soins intensifs sont stables ou en baisse dans la semaine précédant la décision. Il faut en outre que la valeur de R_e évolue à des niveaux inférieurs ou égaux à 1. Si ces paramètres n'indiquent pas que la situation épidémique est relativement stable ou si la situation épidémique se dégrade à tel point qu'une surcharge du système de



santé est possible, il faut renoncer aux assouplissements pour ne pas risquer d'aggraver la situation épidémique ni compromettre la progression de la vaccination.

Indicateurs : valeurs-limites de durcissement et d'assouplissement en phase 2

Indicateur	Valeur-limite de durcissement	Valeur-limite d'assouplissement
Incidence du nombre de cas à 14 jours (cumul)	< 600	Stable ou en baisse depuis 7 jours
Nombre de lits COVID-19 aux USI (moyenne sur 15 jours)	< 300 lits	-
Taux de reproduction R_e moyen sur 7 jours	< 1,15	≤ 1
Nombre d'hospitalisations moyen sur 7 jours (nombre/jour)	< 120	Stable ou en baisse depuis 7 jours

Impact de la généralisation des tests sur l'incidence

Normalement, les tests étendus et répétés pratiqués dans les cantons ne sont pas saisis dans les systèmes de déclaration ; seuls les cas positifs confirmés par PCR sont déclarés. Cela influe sur les chiffres des déclarations. Il est possible que la généralisation des tests entraîne dans un premier temps une hausse du nombre de cas déclarés, du fait notamment de la déclaration de cas positifs asymptomatiques qui, autrement, n'auraient pas été détectés. Il convient d'en tenir compte lors de l'évaluation des valeurs-limites au cours de la phase 2, notamment durant les semaines suivant la levée de l'obligation de télétravail pour les entreprises disposant d'un plan de dépistage. Si un nombre suffisamment important de personnes se fait tester régulièrement, la situation se stabilisera progressivement, et on peut s'attendre à une baisse du nombre de cas à moyen terme.

2.3. Phase 3 (normalisation)

En phase 3, toutes les personnes adultes qui le souhaitent sont vaccinées. Il reste néanmoins possible que le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès augmente vite. En effet, même si 75 % de la population adulte est disposée à se faire vacciner à l'issue de la phase 2, quelque 2,5 millions de personnes ne sont toujours pas vaccinées et sont donc susceptibles de contracter le SARS-CoV-2. Ce chiffre inclut les personnes qui ne souhaitent pas se faire vacciner mais aussi, notamment, les quelque 1,5 million de jeunes de moins de 16 ans, les femmes enceintes ainsi que les personnes souffrant d'allergies, ayant fait une réaction grave à la première injection ou dont l'état de santé ne permet pas une vaccination. En outre, on n'a pas encore de données définitives concernant l'efficacité de la vaccination sur les personnes dont le système immunitaire est affaibli en raison d'un traitement ou de l'affection primaire traitée. Cela laisse un nombre important de personnes susceptibles de contracter le COVID-19 et donc de surcharger le système de santé. Il faut également tenir compte du fait qu'une infection par le SARS-CoV-2 peut avoir des conséquences à long terme (COVID long) ou provoquer un syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (MISE). Le MISE est une réaction excessive du système immunitaire. Chez les enfants touchés, la fièvre reste à un niveau élevé pendant des jours et elle s'accompagne souvent de maux de ventre, de vomissements, de



diarrhées et d'éruptions cutanées. Un soutien des fonctions vitales en soins intensifs est parfois nécessaire. Plus de 60 enfants en Suisse ont contracté un SIME lors des deux vagues épidémiques de 2020. Les données disponibles actuellement, que ce soit concernant le COVID long ou concernant le SIME, sont insuffisantes pour pouvoir évaluer en détail les conséquences néfastes pour la santé qu'aurait l'infection d'un grand nombre de personnes non vaccinées. Il faut cependant s'attendre à une hausse substantielle des cas de maladie si l'on applique une stratégie qui ne restreint pas fortement la propagation des infections.

S'agissant des enfants et des adolescents, on peut s'attendre à ce que Pfizer/BioNTech remette à Swissmedic, d'ici fin mai 2021, les résultats des essais cliniques menés sur des adolescents entre 12 et 15 ans et demande l'autorisation du vaccin pour ce groupe d'âge. Des données pour les moins de 12 ans sont attendues à partir de 2022. Sous réserve de l'autorisation de Swissmedic et d'une recommandation de vaccination de la CFV, il devrait être possible de vacciner les plus de 12 ans dès l'été (juin/juillet) 2021. Il n'apparaît cependant pas nécessaire d'attendre la vaccination dans ce groupe d'âge pour opérer le changement de phase. D'une part, la vaccination supplémentaire de ces quelque 330 000 personnes ne devrait entraîner qu'une faible augmentation de la couverture vaccinale pour l'ensemble de la population et, d'autre part, ce groupe d'âge développe plus rarement une forme grave de la maladie (en particulier MISE et hospitalisations) que les plus jeunes enfants. Au contraire, la disponibilité d'un vaccin pour les 12 à 15 ans permet d'étayer plus solidement encore que le passage de la phase 2 à la phase 3 selon les critères déjà prévus est défendable.

En raison de la forte infectiosité du variant B.1.1.7, qui est devenu dominant en Suisse, il n'est pas réaliste de vouloir atteindre une immunité collective (voir encadré ci-dessous) même avec une forte disposition de la population à se faire vacciner. Le virus ne disparaîtra pas. Le Conseil fédéral tient donc à ce que la société prenne conscience que toutes les personnes non vaccinées ou non guéries d'un COVID-19 finiront par être atteintes. Ainsi, plus le nombre de personnes non immunisées restera élevé, plus il est probable que des flambées épidémiques continueront de se produire et plus il y aura de cas d'évolution grave de la maladie et de décès, même si la volonté de se faire vacciner est très largement répandue. C'est pourquoi le Conseil fédéral appelle la population à se faire vacciner : non seulement cela procure une meilleure protection individuelle, mais c'est aussi un geste de solidarité envers la société et envers les personnes qui, pour des raisons de santé, ne peuvent pas être vaccinées. Pour le Conseil fédéral, il est essentiel que chaque citoyenne et chaque citoyen de ce pays tienne compte de cet aspect dans sa décision au sujet de la vaccination.

Jusqu'ici, la politique du Conseil fédéral était axée sur la protection des personnes vulnérables et du système de santé. En phase 3, le dispositif se tournera davantage vers la préservation du fonctionnement du système sanitaire. Cette stratégie sera maintenue même si, contrairement aux attentes, la disposition de la population à se faire vacciner reste faible. La vaccination, qui peut être dispensée gratuitement en quantité suffisante, offre un moyen très efficace de se protéger individuellement contre l'infection et la maladie. Le Conseil fédéral tiendra compte de cet élément dans ses futures décisions tout en respectant le choix fait par chaque personne, car il s'agit d'un choix éminemment individuel.



Qu'est-ce que l'immunité de groupe et qu'est-ce que cela veut dire concrètement dans le cas du SARS-CoV-2 ?

En épidémiologie, la notion d'immunité de groupe (ou immunité collective) désigne la protection indirecte contre une maladie contagieuse. L'immunité de groupe est atteinte lorsqu'une partie déterminée de la population a été infectée par l'agent pathogène concerné et en a guéri ou a été vaccinée. Si une partie suffisamment importante de la population est dans ce cas, la propagation de l'agent pathogène ralentit, car il ne peut plus infecter qu'un faible nombre de personnes. Cette forte limitation de la propagation de l'agent pathogène protège indirectement la partie de population qui n'est pas encore immunisée. Lorsque l'immunité de groupe est atteinte, des flambées de faible ampleur restent possibles, mais pas une propagation étendue et incontrôlée.

Le nombre de personnes qui doivent être immunisées pour atteindre le seuil de l'immunité de groupe dépend de multiples facteurs, mais le principal est la contagiosité de l'agent pathogène (taux de reproduction de base R_0). Ce taux indique le nombre d'autres personnes qu'un individu infecté contamine en moyenne lorsqu'il n'y a pas d'immunité au sein de la population et qu'aucune mesure de protection n'est prise. Si ce chiffre est inférieur à 1, la flambée s'éteint d'elle-même ; s'il est égal à 1, le nombre de personnes infectées reste à peu près constant ; s'il est supérieur à 1, la propagation est exponentielle.

Dans le cas du variant B.1.1.7 du SARS-CoV-2, qui prédomine en Suisse actuellement, le taux de reproduction de base est estimé à 4 à 4,5. Cela signifie qu'en l'absence de mesures de protection, chaque personne infectée contamine 4 à 5 autres personnes en moyenne. Pour atteindre l'immunité de groupe et endiguer la propagation, il faudrait donc que 4 personnes-contact sur 5 soient immunisées. En d'autres termes, l'immunité de groupe contre le variant B.1.1.7 du SARS-CoV-2 est atteinte à partir du moment où 80 % de la population est immunisée.

Cependant, l'immunité de groupe ne peut être atteinte que si l'immunité acquise individuellement est durable. Concernant le SARS-CoV-2, ce fait reste à établir. Si des réinfections sont possibles, soit par de nouveaux variants soit parce que l'immunité est limitée dans le temps, l'immunité collective ne pourra jamais être atteinte. Il faudra alors procéder régulièrement à des vaccinations de rappel, comme dans le cas de la grippe saisonnière, pour pouvoir garder le contrôle à long terme de la propagation du SARS-CoV-2.

En l'état actuel des connaissances, compte tenu des réflexions qui précèdent et sous réserve d'évolutions actuellement imprévisibles, le Conseil fédéral estime que, lorsque toutes les personnes qui le souhaitent auront été vaccinées, il n'y aura plus de raisons de restreindre fortement la vie sociale et économique.

Selon des modèles scientifiques établis par le groupe de recherche de l'EPF-ZHAW-IQVIA, l'abrogation de toutes les mesures de base (règles d'hygiène et de distance, port de masques faciaux, plans de protection) une fois que toutes les personnes adultes qui le souhaitent auront été vaccinées entraînera une nouvelle vague d'infections qui immunisera naturellement le reste de la population, c'est-à-dire les quelque 2,5 millions de personnes encore susceptibles d'être infectées.

La figure 2 propose une modélisation de l'occupation des unités de soins intensifs selon deux scénarios :

- **scénario vert** : assouplissements dans le domaine des loisirs et de la restauration dès



l'entrée en phase 2 (75 % des personnes vulnérables ont reçu les deux injections, probablement fin mai) ;

- **scénario bleu** : assouplissements dans le domaine des loisirs et de la restauration deux semaines après l'entrée en phase 2.

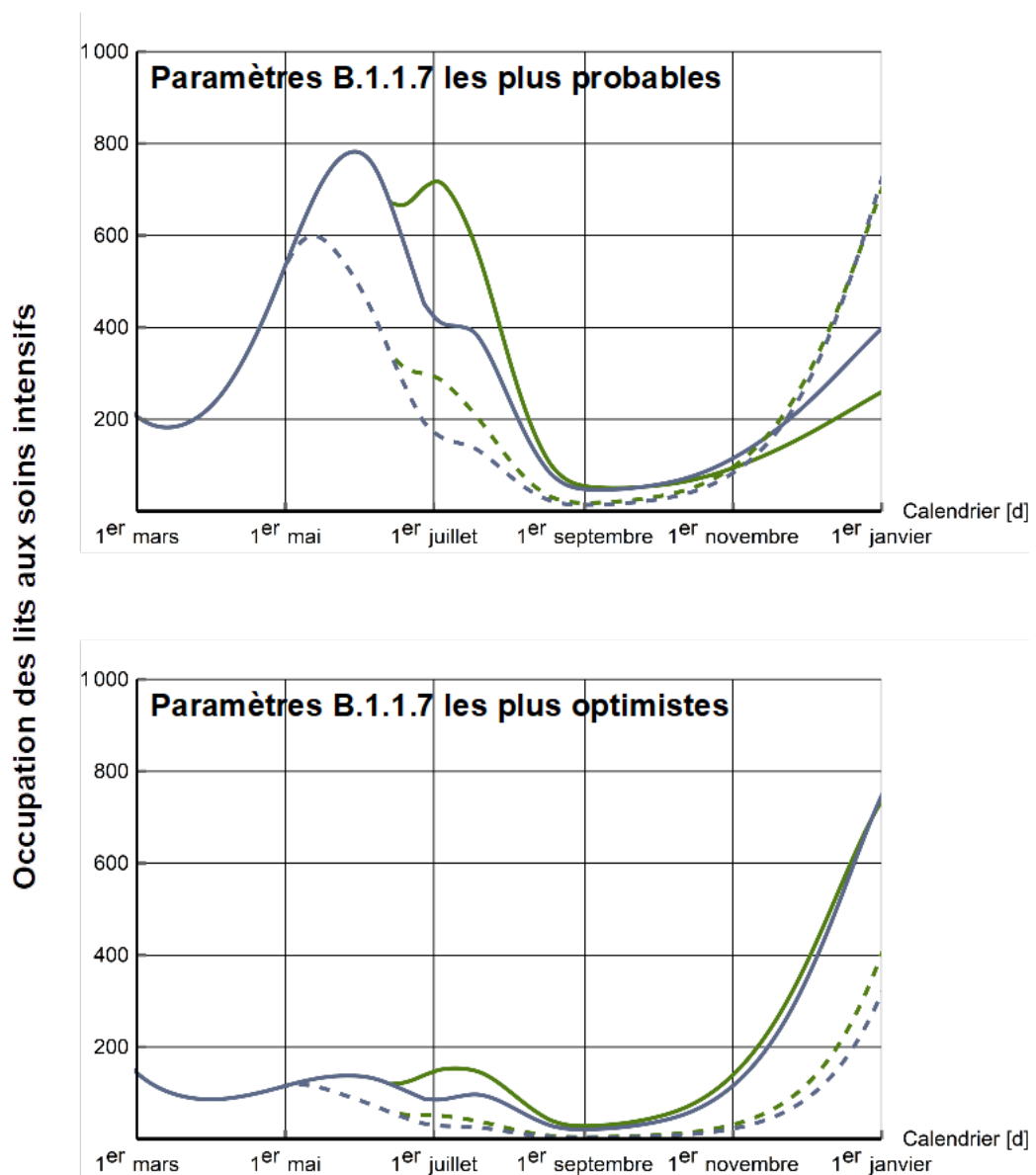


Figure 2 : Modélisation du 8.4.2021 ; Occupation des unités de soins intensifs dans les scénarios réaliste (en haut) et optimiste (en bas) après un retour complet à la normale à l'issue de la campagne de vaccination. Scénario vert : assouplissements dans le domaine des loisirs et de la restauration à l'entrée en phase 2 ; scénario bleu : idem scénario vert, mais assouplissements deux semaines plus tard. Les courbes en pointillés montrent l'effet supplémentaire dû à la réalisation de tests étendus et répétés sur 30 % de la population.



Si, à l'entrée en phase 3 (75 % des personnes vulnérables et 60 % des autres personnes ont reçu les deux injections, probablement fin juillet), le retour à la normale est total, il faut tabler sur une nouvelle vague d'infection de grande ampleur, durant laquelle une surcharge du système de santé n'est pas exclue.

Le travail visant à convaincre un maximum de personnes de se faire vacciner, devra donc être poursuivi après le passage à la phase 3. Il est particulièrement important que les communes et les cantons, le cas échéant en collaboration avec les ONG, prennent des mesures visant à faciliter l'accès à la vaccination afin que les personnes dont l'accès au système est limité puissent également se faire vacciner. Il s'agit, par exemple, des personnes ayant un revenu modeste ou ne maîtrisant pas les langues nationales, des sans-papiers et d'autres groupes de population marginalisés.

L'écart important entre le scénario réaliste et le scénario optimiste s'explique par une légère différence dans les hypothèses de départ concernant la contagiosité du variant B.1.1.7 et la gravité des maladies qu'il provoque. Rappelons qu'à l'heure actuelle ce variant domine totalement l'évolution de l'épidémie en Suisse. Une faible différence de contagiosité (40 % au lieu de 50 %) provoque des écarts importants dans l'occupation des lits de soins intensifs par les patients COVID-19. Des études scientifiques récentes laissent penser que le virus en Suisse a une contagiosité plus élevée que dans les hypothèses du modèle : elle se situerait entre 50 % et 65 % environ⁴.

La vague attendue est nettement plus faible si l'on prend pour hypothèse que le retour à la normale à l'issue de la campagne de vaccination ne concerne que 80 % des schémas de contact antérieurs à la pandémie (p. ex. avec le maintien des mesures de base au travail et dans le domaine des loisirs). Ces scénarios sont présentés dans la figure 3.

⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.05.21252520v1>

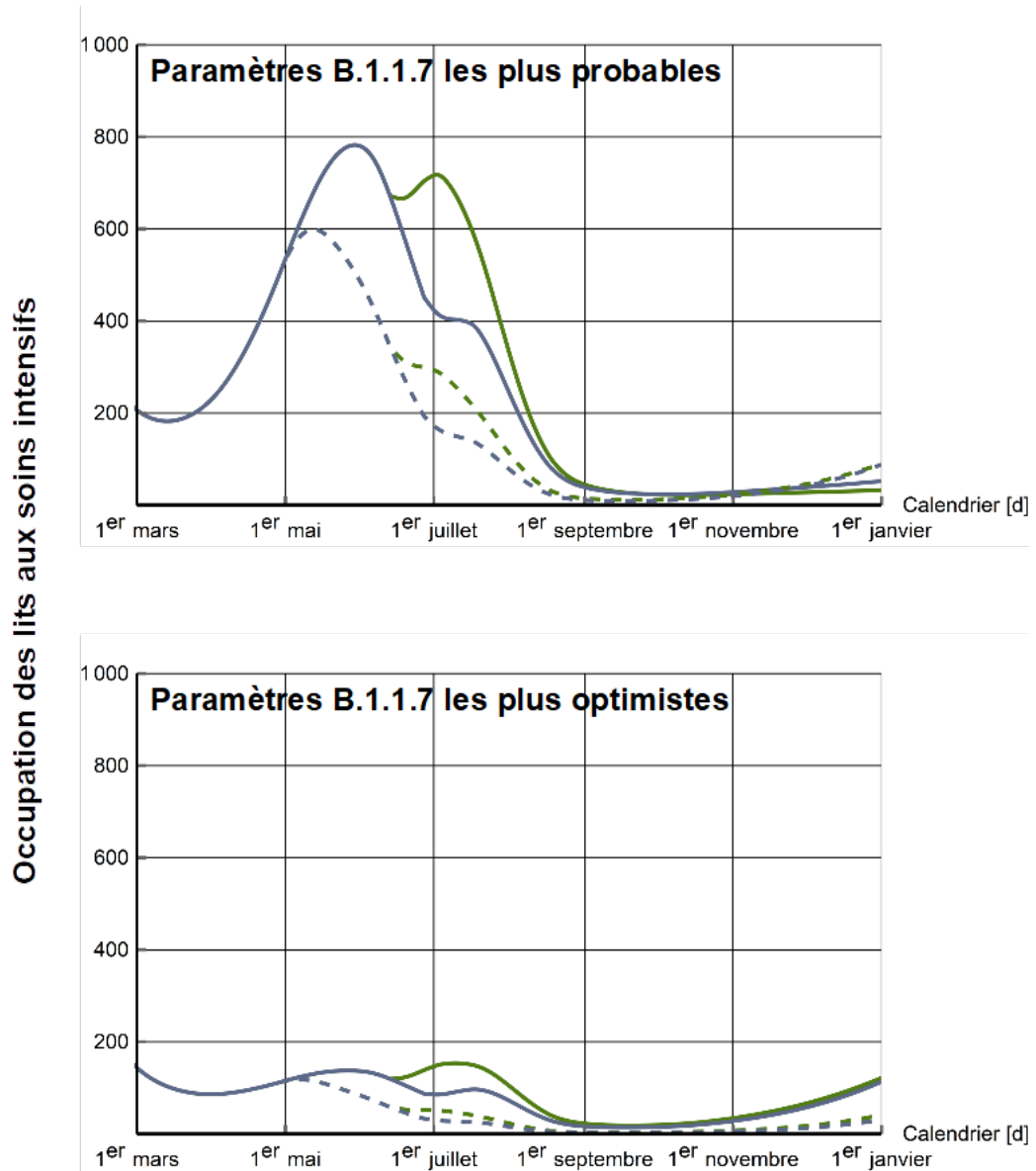


Figure 3 : Modélisation du 8.4.2021 ; Occupation des unités de soins intensifs dans les scénarios réaliste (en haut) et optimiste (en bas) après un retour à la normale à l'issue de la campagne de vaccination concernant 80 % des schémas de contact antérieurs à la pandémie.

3. Changement de phase

3.1. Qu'est-ce qui détermine le changement de phase ?

L'administration d'une seule dose de l'un des deux vaccins à ARNm utilisés en Suisse protège à 75 % environ, l'administration de deux doses à 90 % ou plus. Environ deux semaines déjà après son administration, la première dose offre une protection élevée contre des infections



symptomatiques, ce qui laisse supposer une influence sur l'évolution de l'épidémie. La deuxième dose joue, elle, un rôle important pour éviter la transmission du virus par les personnes vaccinées. Le critère déterminant pour engager un changement de phase doit donc être l'étendue de la couverture vaccinale complète (administration des deux doses).

En se basant sur la progression de la vaccination jusqu'à ce jour et sur les scénarios modélisés, on peut estimer que toutes les personnes vulnérables (groupe-cible P1 selon la stratégie de vaccination de la CFV²) qui souhaitent se faire vacciner auront reçu la première dose durant la deuxième quinzaine d'avril 2021, dans la mesure où la disposition à se faire vacciner est de 75 % environ. On verra que ce stade est atteint dans les faits lorsqu'une majorité de cantons commenceront à vacciner les groupes-cibles suivants⁵. La date du changement de phase se définit comme la date prévue pour administrer la deuxième injection aux dernières personnes vulnérables avant que les groupes-cibles suivants appelés officiellement à se faire vacciner ne reçoivent leur première dose. À l'heure actuelle, il y a lieu de penser que le Conseil fédéral sera en mesure de décider de passer de la phase 1 à la phase 2 lors de sa séance du 26 mai 2021.

Il est impossible actuellement de fixer la date du passage de la phase 2 à la phase 3 en raison des incertitudes qui pèsent la disposition à se faire vacciner (cf. ch. 3.2). Plus le nombre de personnes qui souhaitent se faire vacciner est élevé, plus la phase 2 se prolonge. On établira donc que le moment est venu de changer de phase lorsque l'offre de vaccins dans les cantons dépassera durablement la demande, malgré les efforts faits pour inciter les indécis à se faire vacciner.

Lors de la consultation, la majorité des cantons ont rejeté le critère selon lequel il faudrait, pour un changement de phase, que 30 % des rendez-vous proposés pour la vaccination ne trouvent plus preneurs. Cette position s'explique principalement par l'organisation hétérogène de la vaccination dans les cantons. Pour cette raison, il faut renoncer à fixer une valeur-limite pour la disponibilité de rendez-vous. Les cantons feront un rapport à l'OFSP dès que toute la population disposée à se faire vacciner sur leurs territoires respectifs aura eu l'occasion de le faire. Ils devront démontrer clairement sur quels critères statistiques ils se sont basés. Les conditions suivantes doivent absolument être observées : 1) Les personnes souhaitant se faire vacciner doivent pouvoir obtenir un rendez-vous dans les deux jours ouvrables. 2) Le rendez-vous proposé doit pouvoir être assuré dans la région où ils habitent. Ainsi, une disponibilité limitée au niveau local ne constituera pas un critère suffisant pour un changement de phase. 3) L'offre des possibilités de vaccination doit nettement dépasser la demande pendant au moins une semaine. Une disponibilité de rendez-vous limitée à quelques jours ne suffit pas pour justifier le rapport évoqué plus haut à l'OFSP.

On peut partir du principe que les personnes disposées à se faire vacciner auront reçu la deuxième dose quatre semaines après ce rapport des cantons et qu'elles seront ainsi pleinement vaccinées. Les conditions seraient donc réunies pour permettre au Conseil fédéral de passer de la phase de stabilisation à la phase de normalisation. Pour prendre sa décision, il considérera également la couverture vaccinale de la population, comme l'a proposé la CDS. Certains cantons ont demandé la fixation d'une valeur-cible pour la couverture vaccinale mais

⁵ La mise en œuvre de la stratégie de vaccination incombe aux cantons. Ils décident par exemple de vacciner en priorité les personnes vulnérables de moins de 65 ans ou plutôt le personnel de santé.



l'idée a été abandonnée.

Selon le scénario jugé réaliste aujourd'hui, qui table sur la vaccination de 75 % des personnes vulnérables et de 60 % de la population générale, le passage de la phase 2 à la phase 3 pourrait avoir lieu fin juillet 2021. La date du changement de phase sera fixée par décision du Conseil fédéral, qui communiquera à ce sujet.

3.2. Disposition de la population à se faire vacciner

Des enquêtes réalisées en Suisse indiquent actuellement que 20 % à 28 % de la population ne se fera pas vacciner. Environ 50 % de la population dit qu'elle se fera vacciner. Le quart restant est encore indécis. La disposition à se faire vacciner a fortement augmenté ces derniers mois, en particulier parce qu'une partie des indécis ont rallié le camp des personnes souhaitant se faire vacciner. En résumé, on peut dire qu'au moins 50 % et au plus 75 % de la population manifeste une disposition à se faire vacciner. Il apparaît au Conseil fédéral que cette disposition est plus élevée parmi les personnes vulnérables que dans le reste de la population.

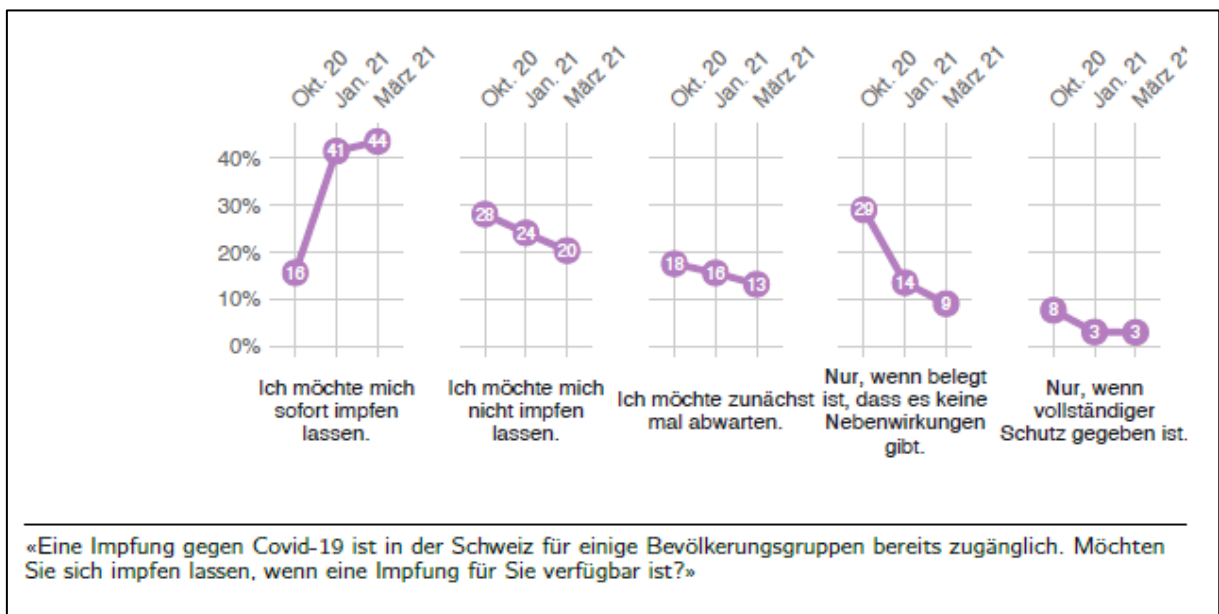


Figure 4 : Variation de la disposition à se faire vacciner depuis octobre 2020 ; source : [7. Welle SRG Corona Monitor](#)

Question : « Un vaccin contre le COVID-19 est déjà proposé en Suisse à certaines catégories de la population. Vous ferez-vous vacciner si un vaccin est disponible pour vous ? »

Réponses : Je souhaite me faire vacciner immédiatement. / Je ne souhaite pas me faire vacciner. / Je préfère attendre. / Seulement si l'absence d'effets secondaires est prouvée. / Seulement si le vaccin offre une protection intégrale.

3.3. Scénarios de vaccination

Les personnes vulnérables souhaitant se faire vacciner seront vraisemblablement protégées par au moins une dose de vaccin à compter de la deuxième quinzaine d'avril. Une fois que le



personnel de santé aura été vacciné, la vaccination sera ouverte à la population adulte en général. C'est déjà le cas dans plusieurs cantons même si la vaccination des personnes vulnérables n'est pas encore terminée et sera vraisemblablement le cas en mai. Il demeure réaliste d'escompter qu'une première injection au moins pourra être proposée d'ici à la fin juin à toutes les personnes adultes qui souhaitent se faire vacciner. Les calculs se basent sur la première dose, car elle offre déjà une protection élevée contre les infections symptomatiques deux semaines environ après son administration. On peut donc s'attendre à ce qu'elle ait un impact sur l'évolution de l'épidémie. Néanmoins, la deuxième dose est nécessaire pour que les vaccins à ARNm actuellement autorisés apportent une protection complète.

Le tableau ci-après indique quand les différents groupes-cibles auront reçu au moins une première injection selon les recommandations de vaccination et comment la disposition à se faire vacciner se répercute sur la vitesse de progression de la couverture vaccinale. Les chiffres tiennent compte uniquement des vaccins actuellement autorisés en Suisse, à savoir ceux de Moderna et de BioNtech/Pfizer. Il est possible que la progression de la couverture vaccinale s'accélère si d'autres vaccins venaient à être autorisés⁶.

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Disposition à se faire vacciner, P1 et P2 à P5 en %	75 / 50	75 / 60	75 / 75
Toutes les personnes de plus 75 ans et le personnel des EMS ont reçu au moins une première injection.	1 ^{re} quinzaine de mars	1 ^{re} quinzaine de mars	1 ^{re} quinzaine de mars
Toutes les personnes du groupe-cible P1 ont reçu au moins une première injection.	2 ^e quinzaine d'avril	2 ^e quinzaine d'avril	2 ^e quinzaine d'avril
Toutes les personnes du groupe-cible P2 ont reçu au moins une première injection.	2 ^e quinzaine d'avril	2 ^e quinzaine d'avril	1 ^{re} quinzaine de mai
Toutes les personnes des groupes-cibles P3, P4 et P5 ont reçu au moins une première injection.	2 ^e quinzaine de juin	2 ^e quinzaine de juin	2 ^e quinzaine de juillet

Population générale CH+FL : 8 644 780 personnes ; population adulte : 7 095 579 personnes.

P1 : personnes vulnérables, sans les femmes enceintes (2 376 301)

⁶ La Confédération a conclu des contrats de livraison de vaccins contre le COVID-19 avec les entreprises suivantes : Moderna (ARNm), Pfizer/BioNTech (ARNm), Astra Zeneca (adénovirus), CureVac (ARNm), Novavax (protéines recombinantes). De plus, la Confédération est en négociation avec Janssen (adénovirus) pour acheter des doses supplémentaires.



P2 : personnel de santé en contact avec les patients et personnel accompagnant les P1 (426 807)

P3 : personnes en contact étroit (même ménage) avec des P1 (1 257 605)

P4 : résidents et personnel d'institutions communautaires avec un risque accru d'infection et un potentiel de flambée (100 450)

P5 : toutes les autres personnes adultes (2 934 416)

4. Démarche pour la levée progressive des mesures

4.1. Accès de personnes vaccinées, guéries ou testées négatives à des installations/manifestations à partir de la phase 2

La disponibilité de vaccins efficaces ainsi que de méthodes de dépistage nouvelles et appliquées à plus grande échelle offre de nouvelles possibilités pour contrôler le taux d'infections. On peut supposer que les personnes pleinement vaccinées ou guéries d'une infection sont protégées pendant au moins six mois⁷ contre une infection au SARS-CoV-2 et qu'il est très invraisemblable qu'elles puissent propager le virus. Le résultat négatif d'un test permet aussi d'affirmer qu'il est peu probable qu'une personne soit contagieuse dans les 24 heures qui suivent.

Compte tenu de ces faits, on peut envisager un retour à des activités sociales, culturelles et sportives dans certains lieux en limitant l'accès aux personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives. Étant donné que les enfants et les adolescents de moins de 16 ans ne peuvent pas se faire vacciner jusqu'à ce que Swissmedic ait autorisé un vaccin pour leur groupe d'âge, ils devraient pouvoir accéder à ces lieux au même titre que les personnes vaccinées, guéries et testées négatives.

L'introduction d'un accès sélectif est prévue à partir du moment où le taux de couverture vaccinale de la population adulte aura atteint 40 à 50 %. Elle concernera avant tout les lieux présentant un risque élevé de transmission, tels que les bars et les discothèques ou les lieux fréquentés par de nombreuses personnes, comme les manifestations culturelles et sportives. Les activités de la vie quotidienne n'entrent pas en ligne de compte. Un accès réservé aux personnes vaccinées peut constituer une incitation à se faire vacciner et contribuer ainsi à retrouver une certaine forme de normalité dans la vie sociale sans remettre en cause le caractère volontaire de la vaccination. Dans le même temps, l'accès devrait aussi être accordé aux personnes guéries ou à celles qui ont récemment été testées négatives, pour ne pas défavoriser les personnes qui n'ont pas la possibilité de se faire vacciner ou qui ne souhaitent pas divulguer leur statut vaccinal. Il convient toutefois de préciser que, surtout si plusieurs grands événements ont lieu le même jour, les capacités de test disponibles dans une ville pourraient être insuffisantes à moins d'être étendues davantage. En cas de forte sollicitation des capacités de test, les personnes symptomatiques devront être testées en priorité. Il n'est donc pas possible de garantir le droit à un test pour assister à une manifestation. Des connaissances et des expériences scientifiques supplémentaires concernant la précision des autotests sont nécessaires pour déterminer s'il est possible de les autoriser de manière générale sur place pour accéder à des installations / des manifestations. En l'état actuel des connaissances, les autotests sont, précisément en cas de charge virale peu élevée, trop imprécis ; le résultat peut être faussé en raison d'un prélèvement d'échantillon de mauvaise qualité. C'est pourquoi ils ne

⁷ Ce chiffre se fonde sur les connaissances actuelles. La protection pourrait durer plus longtemps.



devraient pas être utilisés pour accéder aux installations /manifestations. Au cas où ils sont toutefois autorisés, des mesures de protection supplémentaires (p. ex. port du masque, règles de distance, restrictions de la capacité) doivent être prises aux endroits prévus en raison du risque accru de contamination. Par conséquent, l'approche de l'accès sélectif n'est prévue que pour une durée limitée, jusqu'à ce que la couverture vaccinale au sein de la population soit suffisamment élevée pour contrôler la transmission du virus et l'impact des infections au COVID-19 sur le système de santé.

Si l'accès à des lieux très fréquentés doit être accordé aux seules personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives ainsi qu'aux enfants et aux adolescents de moins de 16 ans, il faut prévoir une preuve appropriée qui documente de manière complète et sûre que les conditions d'accès sont remplies. Il importe de trouver une solution technique adéquate pour délivrer un certificat uniforme, infalsifiable et facilement vérifiable (certificat COVID) aux personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives. Ce certificat doit non seulement remplir les exigences en matière de confidentialité et de sécurité des données, il doit aussi être compatible avec le « certificat vert numérique » de l'UE. Il doit, en outre, être conçu de sorte que les nombreux émetteurs (centres de vaccination, médecins généralistes, pharmacies, laboratoires, hôpitaux, etc.) puissent le délivrer très facilement, tandis que les instances de contrôle (p. ex. dans les aéroports) doivent pouvoir le vérifier rapidement et sans complication. Selon le calendrier actuel, il sera possible de délivrer progressivement de tels certificats dans le courant du mois de juin. Les enfants et les adolescents jusqu'à 16 ans pourront utiliser leur carte d'identité en guise de preuve.

Les certificats pour les personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives joueront aussi un rôle important dans le transport international de voyageurs et influenceront les consignes en matière de voyages, les mesures sanitaires aux frontières et le traçage des contacts à l'échelle internationale. Outre les dispositifs de preuve utilisés dans différents pays, diverses parties prenantes, telles que l'aviation civile, ont créé des documents qui se font parfois concurrence. C'est pourquoi, à l'avenir, des normes uniformes applicables aux systèmes de preuve ou des certificats de portée internationale, tel que le certificat de vaccination contre le COVID-19 que prévoit d'introduire l'OMS, gagneront en importance.

Or, l'accès sélectif de personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives à des lieux très fréquentés n'est pas forcément lié à l'existence d'un certificat COVID infalsifiable. Une approche pragmatique est envisageable, qui accepte aussi les attestations de test ou de vaccination déjà en circulation. La preuve peut être apportée via l'impression du test, signé par le lieu de vaccination, ou via un sms. Cependant, comme ces preuves ne sont pas uniformes, les possibilités d'en vérifier l'exactitude sont limitées. Il appartient aux exploitants et aux organisateurs d'adopter des moyens adéquats et praticables pour assurer un contrôle suffisant. Le plus grand défi auquel ils seront confrontés dans ce contexte découlera des certificats étrangers qui peuvent être fondés sur des normes différentes ou ne pas correspondre aux directives suisses.

Il faut souligner que restreindre l'accès aux installations/manifestations aux personnes vaccinées, guéries ou testées négatives, exception faite des grandes manifestations, ne constitue qu'une solution transitoire qui devrait, par conséquent, être limitée à une courte période. Comme évoqué au chapitre 4.4., les mesures restantes (mesures de base ainsi que limitations d'accès et de capacité) devront également être progressivement levées au cours de la phase



3. Les limitations d'accès ne seront maintenues que si cette mesure est nécessaire pour préserver les capacités du système de santé.

4.2. Assouplissements pendant la phase 1

Comme nous l'avons vu, compte tenu des décisions prises le 14 avril 2021 et de la situation épidémiologique actuelle, d'autres assouplissements au cours de la phase 1 ne peuvent être escomptés.

4.3. Assouplissements pendant la phase 2

Pendant la phase 2, il est prévu de poursuivre la stratégie des assouplissements fondés sur les risques. Il ressort des modélisations que des assouplissements seront possibles pendant cette phase même si le nombre d'infections n'a pas encore atteint un niveau très faible. À condition d'avoir réalisé le premier objectif, à savoir une large couverture vaccinale, il devrait être possible de décharger sensiblement le système de santé. Des tests répétés et à grande échelle au sein de la population mobile soutiendront cette stratégie, car ils permettent de détecter et d'isoler à temps les personnes infectées, et de réduire ainsi l'ampleur de la troisième vague. Ces considérations ne tiennent toutefois pas compte des effets de la maladie à court ou à plus long terme chez les groupes des personnes qui ne peuvent pas encore être vaccinées, notamment les enfants et les adolescents. Très peu de données sont actuellement disponibles à ce sujet. Il faut donc réévaluer régulièrement et consciencieusement les risques pesant sur ces groupes.

Il est prévu d'ouvrir, dès la phase 2, l'accès à certaines installations et manifestations pour les seules personnes vaccinées, guéries et récemment testées négatives.

D'autres assouplissements (quatrième série) devraient être possibles au début de la phase 2 et approuvés par le Conseil fédéral le 26 mai 2021. Dès le 12 mai 2021, les cantons seront notamment consultés sur les propositions d'assouplissements suivantes : autoriser l'enseignement présentiel au degré tertiaire et remplacer le télétravail obligatoire par une recommandation de travailler à domicile. Toutefois, ces deux assouplissements présupposent que les établissements d'enseignement et les entreprises disposent de plans de dépistage garantissant que les personnes présentes sur place puissent se tester une fois par semaine. Étant donné que ces mesures accroîtront la mobilité, il est aussi prévu d'adapter les restrictions de capacité dans le commerce de détail en uniformisant les règles pour la vente de denrées alimentaires et celle des autres produits. Des assouplissements sont prévus pour les capacités dans les domaines du sport, de la culture ainsi que des loisirs. Pour autant que la situation épidémiologique ne s'aggrave pas d'ici la fin du mois de mai 2021, l'ouverture des espaces intérieurs des restaurants sera en outre envisagée.

Deux autres séries d'assouplissements sont prévues pour la mi-juin et la mi-juillet. Il s'agira alors d'ouvrir également certains espaces en limitant leur accès aux personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives, comme les grandes manifestations, les boîtes de nuit et les salles de danse. Les sports avec contact physique et les compétitions de sport de masse comptant un nombre plus élevé de participants devraient aussi être de nouveau autorisés à ce moment.

Les mesures de base (port obligatoire du masque, règles d'hygiène et de distance) resteront en vigueur durant les phases 1 et 2 dans le cadre des plans de protection. Pendant la phase 2,



des exceptions ne seront possibles que pour les espaces dont l'accès est limité aux personnes vaccinées, guéries ou récemment testées négatives.

4.4. Assouplissements pendant la phase 3

Dans les phases 1 et 2, l'accent est mis sur une réouverture progressive et basée sur les risques des établissements et installations actuellement fermés. Au cours de la phase 3, grâce à la grande efficacité des vaccins actuellement autorisés en Suisse pour empêcher tant les formes graves de la maladie que la transmission de l'infection, les mesures restantes (mesures de base ainsi que limitations d'accès et de capacité) devront aussi être levées (elles concernent par exemple les manifestations sportives et culturelles, exception faite des grandes manifestations, les magasins et les restaurants). Il faudra toutefois veiller à ne pas déclencher une nouvelle vague d'infections susceptible de surcharger le système de santé. Pour ce faire, dans les lieux très fréquentés comme les transports publics ou les commerces, les mesures de base devront être maintenues pendant un certain temps au début de la phase 3. Ensuite, si la couverture vaccinale et l'évolution des infections le permettent, il est prévu d'abandonner peu à peu ces mesures. Au cas où l'occupation des lits d'hôpitaux atteindrait à nouveau un niveau critique durant cette phase, des mesures de base devront être prises de manière ciblée et, le cas échéant, étendues pour réduire le nombre d'infections.

Si des fermetures d'établissements ou d'installation étaient encore en vigueur au début de la phase 3, il est prévu d'y renoncer progressivement. Une telle situation devrait seulement se présenter si une dégradation de l'évolution épidémiologique au cours des phases 1 ou 2 avait empêché les assouplissements prévus.

Même dans la phase 3, il ne peut pas être exclu que de nouvelles mesures de lutte contre le coronavirus doivent être prises pour préserver les capacités du système de santé. Dans ce cas, les restrictions d'accès ne devraient concerner que les personnes ne pouvant pas présenter de certificat COVID (personnes de plus de 16 ans qui ne sont ni vaccinées, ni guéries, ni testées).

4.5. Rôle des tests à grande échelle et du TTIQ

Les tests répétés à grande échelle ainsi que le TTIQ restent très importants pendant les phases 1 et 2. Ils gagneront encore en importance avec l'abandon progressif des fermetures et des limitations de capacités combinées à la multiplication des contacts au sein de la population. Il peut en résulter une hausse considérable du besoin de traçage des contacts, qui pourra aussi augmenter parce le dépistage accru permet d'identifier davantage d'infections asymptomatiques. Durant la phase 3, les tests répétés dans les écoles resteront également importants. Ils seront d'autant plus cruciaux que, durant cette phase, les enfants et les adolescents n'auront pas encore tous eu accès à la vaccination, un fait qui favorise le risque de flambées dans les écoles.

En raison de la forte sollicitation du système TTIQ, il se peut qu'à moyen terme les cantons ne soient plus en mesure d'assurer intégralement le processus de traçage des contacts. Pour que les cantons puissent se prémunir contre un tel risque, il est indispensable que les médecins cantonaux soient étroitement associés au développement de la stratégie TTIQ. En mettant l'accent sur le système TTIQ qui vise à identifier rapidement des flambées ou des événements



au cours desquels un grand nombre de personnes sont infectées par un seul cas index (*super-spreading events*) et en utilisant des processus automatisés comme des applications servant à repérer la source d'une chaîne d'infection (*backward tracing*), il sera possible d'éviter des situations de surcharge. À cette fin, il est prévu d'intégrer le protocole *crowd-notifier* dans l'application SwissCovid. Cette technologie permet d'avertir toutes les personnes qui se sont trouvées dans le même local qu'une personne subséquentement testée positive, peu importe qu'il y ait eu ou non des contacts étroits entre elles.

Les tests jouent aussi un rôle important pour identifier et surveiller l'apparition de nouveaux variants du virus. Jusqu'à présent, outre un programme de surveillance génomique représentatif, la Confédération encourage et soutient le séquençage individuel ordonné par les autorités médicales cantonales à des personnes suspectées d'avoir contracté un variant préoccupant du virus (variants d'intérêt ou VOC). C'est le cas, par exemple, de personnes testées positives qui ont récemment séjourné dans un pays où les VOC sont répandus. Le séquençage individuel est également crucial pour les personnes qui ont contracté le virus bien qu'elles soient entièrement vaccinées, afin de détecter au plus vite des variants plus contagieux contre lesquels la vaccination n'est plus ou plus entièrement efficace et d'en freiner la propagation.

Il importe également de discuter à nouveau des mesures et de réviser les consignes applicables aux voyages internationaux. En la matière, la Suisse n'est pleinement autonome que pour les mesures en vigueur sur son territoire ou pour la réglementation de l'entrée et de la sortie de Suisse. S'agissant des voyages internationaux, à moyen terme il faudra surtout régler les questions suivantes :

- Le certificat COVID et sa compatibilité internationale (exigences de l'UE et de l'OMS).
- Les mesures préventives lors de l'entrée en Suisse depuis un pays dont la situation épidémiologique est critique. En l'occurrence, la Suisse devra notamment tenir compte de la réglementation en vigueur dans l'espace Schengen.
- Les règles de quarantaine imposées aux voyageurs compte tenu de leur état immunitaire.

En particulier la question de la mise en œuvre de la quarantaine pour les voyageurs fera l'objet d'une stratégie séparée qui sera soumise au Conseil fédéral.

4.6. Allègements cantonaux

En vertu de l'art. 8a de la loi COVID-19, le Conseil fédéral accorde des allègements aux cantons qui affichent une situation épidémiologique stable ou en amélioration et qui appliquent une stratégie de dépistage ou toute autre mesure appropriée pour gérer l'épidémie de COVID-19. Ces allègements concernent principalement la phase 2, puisqu'on peut supposer que durant la phase 3 une ouverture aura été possible au niveau national, ce qui rendra superflus des allègements à l'échelle cantonale.

Le Conseil fédéral discutera avec les cantons des exigences précises à remplir pour pouvoir lever des restrictions. Il présentera par la suite un plan de mise en œuvre dans le cadre d'une ordonnance. Dans ce contexte, il pourra également examiner la prise en compte de la progression de la couverture vaccinale.



5. Risques, défis et planification à moyen terme

5.1. Risques et défis

Même après le début de la phase 3, certaines évolutions pourraient engendrer une recrudescence des infections.

Vaccinations

S'agissant des vaccinations, différents risques pourraient compromettre la levée rapide des mesures :

- Une baisse de l'acceptation de la vaccination doit être considérée comme un risque sérieux. Elle pourrait résulter, par exemple, de l'apparition d'effets secondaires (même hypothétiques) ou d'un risque d'infection perçu comme faible, par exemple si le nombre de cas diminue substantiellement. Les perspectives d'assouplissement évoquées dans la présente note de discussion pourraient aussi avoir une influence négative sur la disposition à se faire vacciner.
- Un ralentissement de la vaccination provoqué par exemple par une pénurie de vaccins due à la production ou à la livraison, par des problèmes logistiques dans l'administration du vaccin ou une forte augmentation du nombre de cas mettant à contribution le système de santé pourraient remettre en question le développement rapide de l'immunité au sein de la population.
- Bien que les vaccins autorisés à ce jour en Suisse sont très efficaces contre les formes graves de la maladie, on ne sait pas encore combien de temps la vaccination empêche la transmission du virus. Les résultats scientifiques disponibles indiquent toutefois une bonne efficacité contre la transmission.
- Enfin, la durée de l'immunité conférée par le vaccin n'est pas encore connue, et on ignore si des rappels de vaccination seront nécessaires au bout d'un certain temps.

Nouveaux variants du virus

L'émergence de nouveaux variants du virus constitue une menace réelle pour les étapes d'assouplissements envisagées. Étant donné que les infections sont très répandues dans le monde et en raison de l'immunisation croissante de la population, des mutations du virus peuvent continuer d'apparaître. L'augmentation de la couverture vaccinale dans de nombreux pays induit une pression évolutive supplémentaire sur le virus. Les variants contre lesquels l'immunité conférée par un vaccin ou par une infection n'est plus ou plus pleinement efficace favorisent la propagation du virus. En outre, il se peut que de nouveaux variants apparaissent qui s'adaptent plus facilement aux groupes pas encore vaccinés. Ces variants pourraient, par exemple, être plus contagieux ou provoquer des évolutions plus graves chez les enfants. En raison de la répartition très inégale des vaccins de par le monde, il faut s'attendre à ce que la pandémie perdure au niveau mondial, de sorte qu'un risque d'importation d'infections ou de nouveaux variants persistera longtemps. Cela pourrait aussi avoir un impact sur l'économie suisse (p. ex., sur le tourisme).



Conséquences à long terme d'une infection au COVID-19

Les indices de séquelles à plus long terme chez certaines personnes ayant contracté le COVID-19 se concentrent. Cependant, il est actuellement difficile d'évaluer tant la part de la population susceptible d'être concernée après la levée des mesures de base et la hausse du nombre de cas qui en résulterait que l'ampleur des retombées sur la société et l'économie en Suisse.

5.2. Planification à moyen terme

Même après la fin de la phase 3 selon le modèle, il faut prévoir une stratégie à moyen terme pour minimiser les risques évoqués au ch. 5.1 ou pour en faciliter la gestion. En particulier dans la perspective de la saison automne/hiver 2021, durant laquelle des agents pathogènes affectant les voies respiratoires, dont le SARS-CoV-2, pourraient à nouveau se propager plus facilement, il est important de prendre le plus tôt possible les mesures préparatoires qui s'imposent, à savoir

- garantir une protection vaccinale à long terme, par exemple au moyen de rappels de vaccination en cas de baisse de l'immunité ;
- promouvoir la recherche, la production et l'achat de produits thérapeutiques contre le COVID-19 ;
- développer des systèmes de surveillance capables de détecter rapidement de nouveaux variants ;
- prendre des mesures spécifiques pour contenir la propagation de nouveaux variants en Suisse et dans le monde ;
- gérer de manière efficace les flambées afin de contrôler rapidement les infections notamment dans des contextes à haut risque et d'interrompre les chaînes d'infection ;
- établir une planification précoce des capacités hospitalières et de l'approvisionnement en soins en cas d'augmentation du nombre d'hospitalisations, y compris celles dues à des vagues de grippe parallèles ou à l'apparition de nouvelles maladies infectieuses ;
- renforcer et développer les systèmes informatiques dans le secteur de la santé.

Le Conseil fédéral prévoit de concrétiser et de mettre en œuvre ces mesures préparatoires dans les meilleurs délais.

5.3. Levée de la situation particulière

Dans une situation particulière au sens de l'art. 6, al. 1, de la loi sur les épidémies (LEp ; RS 818.101), le Conseil fédéral peut, en vertu de l'art. 6, al. 2, LEp, ordonner certaines mesures qui relèvent normalement de la compétence des cantons, après les avoir consultés. Il incombe au Conseil fédéral de vérifier si les conditions listées à l'art. 6, al. 1, LEp, sont remplies et s'il existe une situation particulière. La détermination d'une situation particulière au sens de la LEp est directement liée, en fait et en temps, au transfert de la responsabilité pour ordonner des mesures conformément à l'art. 6, al. 2, LEp. Toutefois, même en situation particulière, il est prévu que l'exécution reste du ressort des cantons. L'art. 31, al. 4, LEp, prévoit que les



mesures ordonnées ne doivent pas durer plus longtemps qu'il n'est nécessaire pour empêcher la propagation d'une maladie transmissible et prévenir un risque sérieux pour la santé d'autrui.

L'art. 6, al. 1, LEp, prévoit deux conditions non cumulatives permettant de décréter l'état de situation particulière. Une telle situation existe si les organes d'exécution ordinaires n'arrivent pas (ou plus) à prendre des mesures appropriées dans certaines situations (let. a) et que l'une des conditions énoncées à la let. a, ch. 1 à 3, est remplie (un risque élevé d'infection et de propagation, un risque spécifique pour la santé publique, un risque de graves répercussions sur l'économie). D'autre part, il y a aussi situation particulière si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) identifie une urgence sanitaire internationale dans le cadre du Règlement sanitaire international du 23 mai 2005 (RSI ; RS 0.818.103) et que la santé publique en Suisse s'en trouve menacée (let. b).

La situation particulière au sens de l'art. 6 LEp prend fin lorsque le Conseil fédéral estime, en étroite collaboration avec les cantons, que les conditions énoncées à l'art. 6, al. 1, LEp, ne sont plus remplies et que, par conséquent, l'ordonnance COVID-19 situation particulière est abrogée. Les mesures en vertu de l'art. 6, al. 2, LEp, sont liées à ces conditions. Si celles-ci ne sont plus remplies, les mesures ne se justifient plus.

Le Conseil fédéral vérifie régulièrement si les critères légaux présentés continuent d'être remplis et informent en cas de retour à une situation normale. Actuellement, les critères ne permettent toutefois pas au Conseil fédéral de mettre fin à la situation particulière à ce stade. De même, la transition vers la phase normale ne coïncidera pas avec l'entrée dans la troisième phase, car le risque d'une surcharge du système de santé ne peut pas être entièrement exclu à l'heure actuelle. Selon l'OMS, la menace représentée par le SARS-CoV-2 constitue toujours une urgence sanitaire. De plus, la santé publique reste menacée en Suisse en raison de l'actuelle évolution épidémiologique.