

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN EPIDEMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données du 10/05/20 à 14h32)

- **Total cas confirmés : 4 047 915** (+88 666)
- **Total guéris : 1 384 168** (+51 074)
- **Total décès : 279 705** (+4 377)
- **Total pays/territoires touchés : 187** (+0)

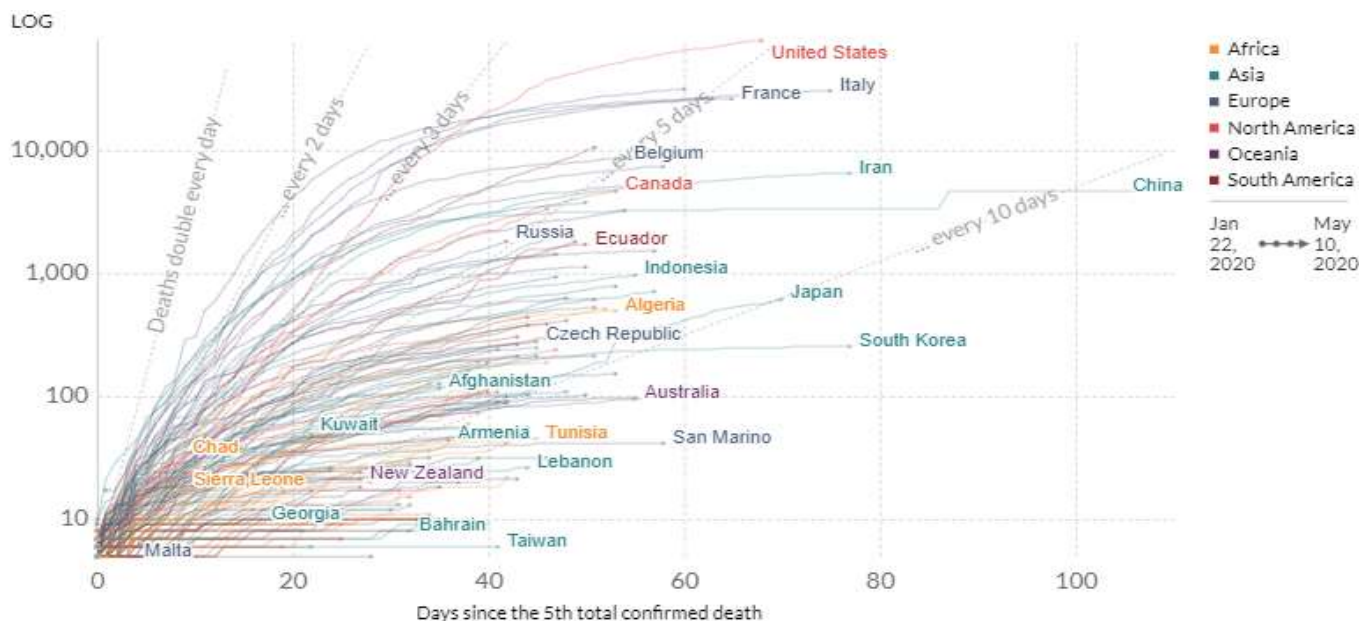
Les Etats-Unis rapportent **78 794** décès (+1 614) et un total de **1 309 541** cas (+25 612), soit près du tiers des cas dans le monde.

EUROPE

Le nombre de nouveaux cas diminue dans l'espace Schengen. La **Slovaquie** n'a, par exemple, enregistré aucun nouveau cas le vendredi 8 mai, une première depuis le 10 mars.

En **Russie**, au contraire, le nombre de cas de coronavirus progresse fortement en particulier dans la capitale Moscou. Le bilan russe dépasse les 200 000 cas en faisant le 5^{ème} pays en terme de nombre de cas, juste devant la France.

Total confirmed COVID-19 deaths : how rapidly they are increasing ?



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 10th May, 11:00 (London time)

CC BY

AMERIQUE

Le **Brésil**, pays le plus touché d'Amérique latine, a franchi le seuil des 10 000 morts et des 150 000 cas, des chiffres qui pourraient être très inférieurs à la réalité, le Brésil pratiquant très peu de tests. Au **Canada**, le Premier ministre a appelé à la prudence dans le déconfinement pour éviter un éventuel retour en arrière, se disant inquiet de la situation à Montréal, un important foyer de cette maladie au Canada.

ASIE

En **Chine**, premier cas de covid-19 à Wuhan depuis plus d'un mois. Une directive autorise la réouverture sous conditions de tous les lieux publics : centres commerciaux, restaurants, cinémas, installations sportives, sites touristiques, bibliothèques.

EUROPE :

FOCUS DECONFINEMENT :

Allemagne : Dans le Nord de l'Allemagne, la population a eu comme un avant-goût de normalité, en étant à nouveau autorisée à déjeuner au restaurant, en salle ou en terrasse. Preuve cependant que cela n'est pas sans risques, trois cantons allemands dépassent actuellement le plafond fixé de 50 nouvelles contaminations pour 100.000 habitants. A cet égard, la chancelière Angela Merkel et les régions ont convenu d'un mécanisme de reconfinement au niveau local si le nombre des cas de Covid-19 repartait à la hausse.

Suisse : Malgré le déconfinement déjà engagé, des centaines de personnes ont manifesté devant le Parlement à Berne et dans d'autres villes, estimant que les restrictions en vigueur violent leurs droits fondamentaux.

Espagne : Amélioration dans l'un des pays les plus frappés (26.478 personnes décédées), où, ces dernières 24 heures, 179 patients sont décédés (- 50 par rapport à la veille). Le Premier ministre espagnol Pedro Sanchez souligne que le nouveau coronavirus reste "à l'affût" à deux jours de la 1ère étape de déconfinement.

Royaume-Uni : Le Premier ministre Boris Johnson, doit s'exprimer ce dimanche sur un éventuel assouplissement du confinement, alors que le Royaume-Uni est le 2ème pays le plus touché dans le monde avec plus de 31.000 morts. Le Gouvernement envisage d'introduire une quarantaine obligatoire de quatorze jours pour les voyageurs entrant sur le territoire britannique.

Italie, Belgique et Grèce : Dernier week-end de confinement.

OMS :

A l'occasion du 40ème anniversaire de l'éradication de la variole (8 mai 1980), l'OMS rappelle l'importance de la solidarité internationale. Données : 300 millions de décès au XXème siècle, après 3 000 ans d'existence de la maladie.

La variole, « *seule maladie humaine à ce jour à avoir été éradiquée au niveau mondial* » affirme l'OMS, précisant que cette victoire n'a été rendue possible que parce que les nations ont joint leurs efforts pour combattre une menace commune. Des outils de lutte contre la variole sont déjà partie intégrante de la lutte contre Ebola ou le Covid-19 (surveillance, détection, traçage des contacts, campagnes de sensibilisation des populations), à l'exception de la disponibilité d'un vaccin. Si la découverte d'un vaccin (le 1er dans l'histoire mondiale, en 1796), est un outil décisif, l'OMS rappelle qu'il avait fallu attendre 184 années après la découverte du vaccin pour l'éradication de la variole dans le monde et surtout compter sur une solidarité internationale que l'OMS appelle de ses vœux dans la lutte contre le Covid-19.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

139 063 cas confirmés en France (+ 209 en 24h)

56 217 personnes guéries parmi les patients hospitalisés

22 569 patients hospitalisés dont :

- 45 lits **en moins** occupés en 24h
- 253 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h

8 035 patients admis en réanimation dont :

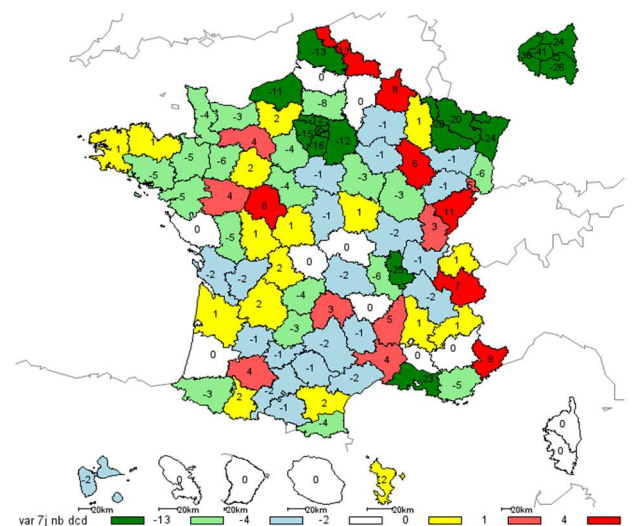
- 2 776 pour le COVID-19 :
 - 36 lits **en moins** occupés en 24h
 - 38 **nouveaux** patients en réanimation en 24h

26 380 décès (+ 70 en 24h) dont :

- 16 642 décès en milieu hospitalier
- 9 738 décès en EHPAD / autres EMS

Variation hebdomadaire du nombre de décès hospitaliers par département

Centre de Crise Sanitaire/DREES - Données issues de l'application SI-VIC à 14h le 10/05

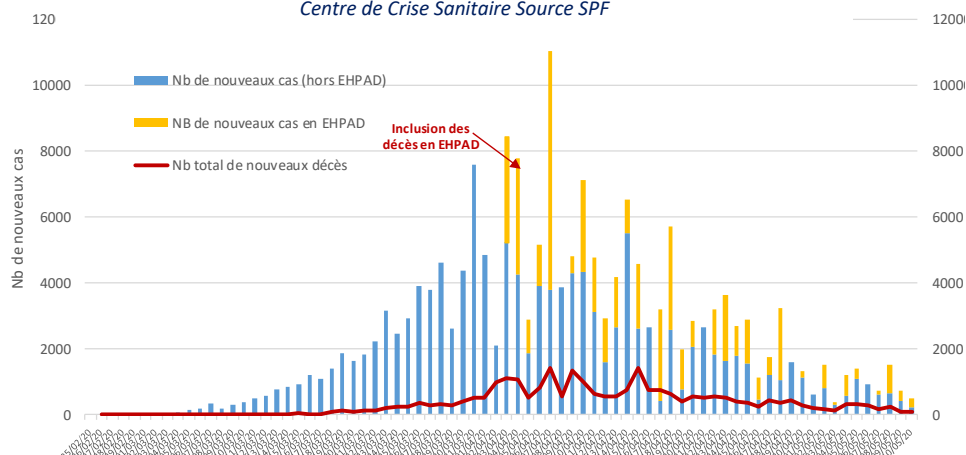


55 départements connaissent une baisse du nombre de décès hospitaliers depuis la semaine dernière.

32 départements connaissent une augmentation du nombre de décès hospitaliers depuis la semaine dernière.

Nombre de nouveaux cas et décès en France, 10 mai 2020 (14h) :

Centre de Crise Sanitaire Source SPF



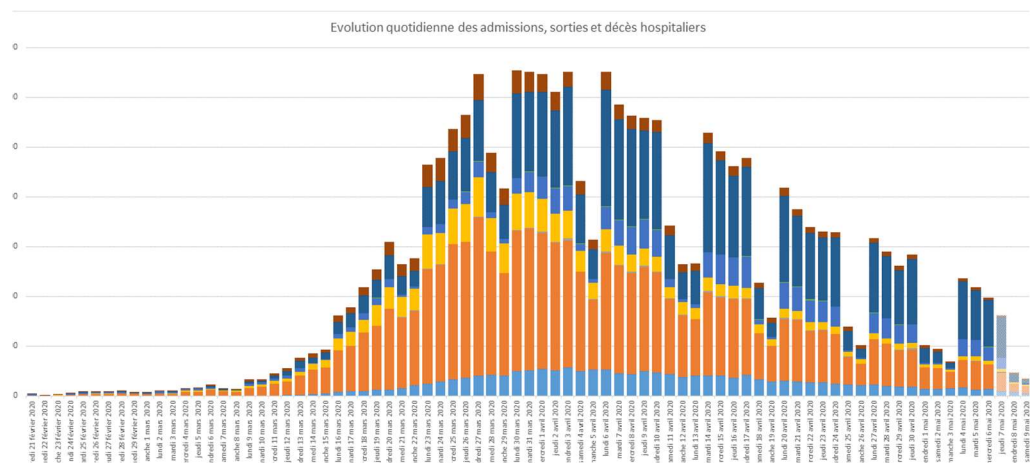
Centre de crise sanitaire - ☎ : 01 40 56 75 11

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 10 mai 2020 (14h) : Source SPF

Région	Le 10 mai 2020			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours	Dont réanimation	Soins aux urgences	Retour à domicile	Décès
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2 116 (9%)	253 (9%)	8 (4%)	5 707 (10%)	1 483 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	1 000 (4%)	106 (4%)	8 (4%)	2 786 (5%)	926 (6%)
Bretagne	327 (1%)	43 (2%)	2 (1%)	939 (2%)	227 (1%)
Centre-Val de Loire	871 (4%)	76 (3%)	0 (0%)	1 435 (3%)	444 (3%)
Corse	51 (0%)	6 (0%)	0 (0%)	199 (0%)	52 (0%)
Grand Est	3 326 (15%)	350 (13%)	45 (20%)	8 903 (16%)	3 113 (19%)
Guadeloupe	14 (0%)	4 (0%)	0 (0%)	72 (0%)	19 (0%)
Guyane	6 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	38 (0%)	1 (0%)
Hauts-de-France	1 971 (9%)	220 (8%)	20 (9%)	4 658 (8%)	1 521 (9%)
Ile-de-France	9 373 (42%)	1 171 (42%)	119 (54%)	20 320 (36%)	6 474 (39%)
La Réunion	13 (0%)	4 (0%)	0 (0%)	112 (0%)	0 (0%)
Martinique	19 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	79 (0%)	14 (0%)
Mayotte	59 (0%)	11 (0%)	0 (0%)	123 (0%)	12 (0%)
Normandie	530 (2%)	58 (2%)	2 (1%)	1 207 (2%)	371 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	493 (2%)	85 (3%)	5 (2%)	1 643 (3%)	353 (2%)
Occitanie	440 (2%)	108 (4%)	1 (0%)	2 341 (4%)	453 (3%)
Pays de la Loire	572 (3%)	53 (2%)	0 (0%)	1 407 (3%)	383 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 321 (6%)	175 (6%)	9 (4%)	4 239 (8%)	777 (5%)

Evolution quotidienne des admissions, sorties et décès hospitaliers CCS / DREES



Après être passé au-dessus de la barre des 2 000 lits COVID disponibles à partir du 14/04, le nombre de lits dédiés COVID décroît progressivement depuis le 23/04 et s'établissait hier à 1 880 lits et ce jour à 1501 lits (sachant que les données IDF sont manquantes ce jour). **Le TO national en réanimation se place à 71 %, en stabilité depuis plusieurs jours. Le TO est supérieur à 70% dans les régions suivantes : CVL, COR, GES, IDF, NOR, MAR et GU. On peut supposer, en l'absence de données ce jour, que le TO de l'IDF demeure aux alentours des 82% de TO (chiffre d'hier).**

- **Auvergne Rhône-Alpes** : le capacitaire est stable à 1 098 lits installés. Le taux d'occupation est stable à 68%. **3 départements dépassent les 70% de TO (l'Ain à 88%, le Rhône à 77% et la Haute-Loire (100%).**

- **Bourgogne Franche-Comté** : le capacitaire se maintient à 423 lits installés et la tension régionale est stable à 68 % de TO. **La situation reste préoccupante dans le Jura et la**

Haute-Saône avec des TO respectifs de 89 % et 100 %. A noter que, s'agissant de la Haute-Saône, la situation est en limite de saturation ou en saturation depuis au moins le 2 mai. Les autres départements en tension (plus de 70%) restent toujours la Côte-d'Or (78%), la Saône-et-Loire (75% le 09/05 ; 54% le 07/05), ainsi que la Nièvre avec un TO de 73%.

- **Grand Est** : le capacitaire se maintient à 1 141 lits, et le taux d'occupation global de la région est stable à 78%. **3 départements demeurent au-dessus de 80 % de TO : la Meurthe-et-Moselle (85%, depuis 48h), Bas-Rhin (81%, stable) et, surtout, le Haut-Rhin (91% de TO).** 3 départements ont un TO supérieur à 70% : la Marne (79%), l'Aube (73%, en hausse constante depuis 3 jours), et la Moselle (73%).

- **Hauts-De-France** (données du 09/05) : le capacitaire s'établit à 889 lits installés, avec une tension globale des réanimations stable à 66% de TO. Le département du Nord demeure celui dont le TO est le plus élevé (76%). L'ensemble des autres départements est en dessous du TO régional (le TO plus élevé en dehors du Nord étant de 63%, dans l'Aisne).

➤ **RECOURS A LA MEDECINE D'URGENCE** (BULLETIN QUOTIDIEN DES TENSIONS HOSPITALIERES - DGOS)

Données non disponibles le week-end

➤ **SITUATION DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX (SOURCE SPF)**

Depuis le 1er mars 2020 et jusqu'au 9 mai (minuit), 7 418 signalements ont été déclarés dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS) concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements et via les données transmises par l'ARS Ile-de-France. Il s'agissait de 4 711 (64 %) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 2 707 (36 %) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS). La date de début des signes du premier cas était renseignée pour 5 084 signalements. On observe une décroissance importante et continue du nombre de signalements depuis début avril. L'ensemble des 7 418 signalements correspondait à un total de 73 143 cas de COVID-19 dont 35 236 cas confirmés. Parmi l'ensemble des cas, 9 738 sont décédés dans les établissements.

Chez le personnel des établissements sociaux et médico-sociaux, 18 971 cas confirmés ont été rapportés.

Nombre de signalements de cas COVID-19 et décès chez les résidents et chez le personnel en EHPA et autres EMS rapportés du 1^{er} mars au 09 mai 2020
données SPF

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total	Nouveaux en 24h
Signalements ⁵	4 711	2 098	330	279	7 418	13
Nombre total de cas ^{6,7}	64 269	7 582	448	844	73 143	293
dont cas confirmés ⁶	31 974	2 902	107	253	35 236	190
dont cas hospitalisés	8 001	941	6	141	9 089	23
Décès hôpitaux ⁸	3 278	192	0	18	3 488	8
Décès établissements ⁸	9 644	72	0	22	9 738	1
Nombre total de cas ^{6,7}	30 057	8 578	939	566	40 140	187
dont cas confirmés ⁶	15 383	3 142	257	189	18 971	53

¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

²Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficients auditifs et visuels), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement))

³Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPA.

⁷Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (toux, essoufflement ou sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPA.

⁸Cas possibles et confirmés décédés

2.3. STRATEGIE DE REPONSE NATIONALE

➤ HISTORIQUE DES PRINCIPALES MESURES DE GESTION

27/01/2020 : Activation du Centre de Crise Sanitaire.

29/02/2020 : **Passage stade 2** - objectif de freiner la propagation du virus sur le territoire

12/03/2020 : **Plan blanc généralisé** (niveau 2) pour tous les établissements de santé, déprogrammation France entière de tous les actes non urgents. Plan bleu national dans **tous les établissements** médico-sociaux.

13/03/2020 : **Déclenchement du PCA.**

14/03/2020 : **Passage stade 3** - objectif d'atténuation des effets de la vague épidémique sur le territoire.

17/03/2020 : **Activation de la Cellule Interministérielle de Crise et Début du confinement à 12h.**

23/03/2020 : **Loi du 23 mars 2020 d'état d'urgence sanitaire**

13/04/2020 : **Annnonce par le PR d'un déconfinement progressif à partir du 11 mai 2020**

28/04/2020 : **Présentation de la stratégie nationale de déconfinement** par le Premier ministre

04/05/2020 : **Protocoles sanitaires de réouverture des écoles, collèges et lycées**

07/05/2020 : **Annnonce du dispositif de déconfinement au 11 mai par le Gouvernement**

11/05/2020 : **Première phase de déconfinement**

➤ MOBILISATION DES RENFORTS

La mobilisation sanitaire représente 11 715 jours réservistes (*données SPF*)

➤ PRESSE ET MEDIA

Média : 15 demandes presse portant sur capacités des tests, masques GP/sanitaires, R0, nombre de soignants décédés/contaminés

Numéro vert : Depuis ce matin 08h, 6 293 appels

Production : interview ministre sur TF1 ce soir, un communiqué de presse DGS est prévu ce soir

Centre de crise sanitaire - ☎ : 01 40 56 75 11

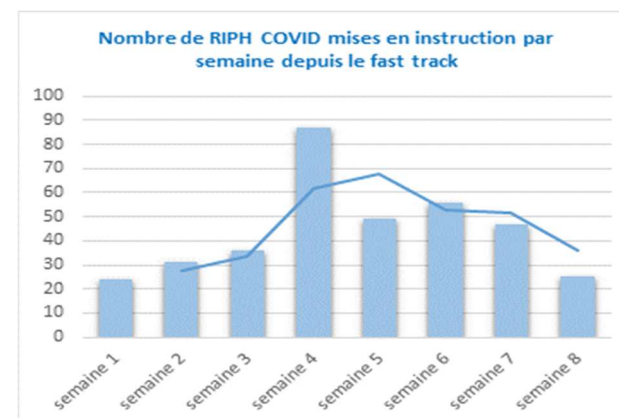
centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

➤ RECHERCHE

- Point sur les recherches COVID en France au 07 mai :

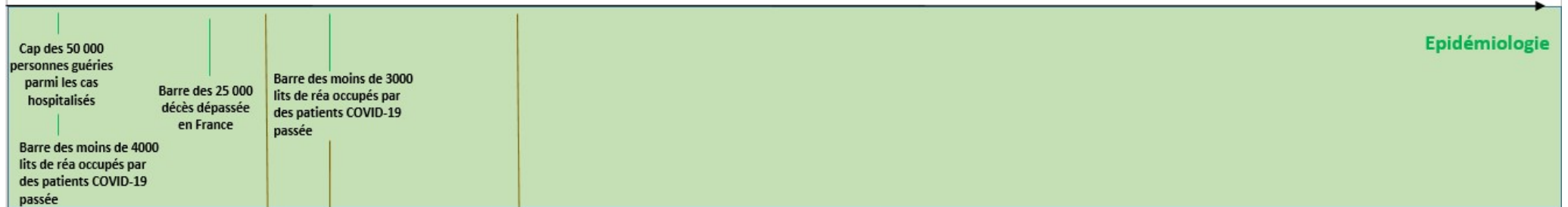
- Au total, 217 recherches impliquant la personne humaine (RIPH) consacrées au COVID ont fait l'objet d'une autorisation par CPP (et ANSM quand il s'agit d'une étude thérapeutique)
- Parmi ces recherches, 48 essais cliniques interventionnels ont été autorisés
- Parmi ces études autorisées, les études comptant le plus grand nombre de patients inclus sont :
 - Essai DISCOVERY : 742 inclusions; lauréat PHRC National (bras de traitement : Remdesivir, Lopinavir/Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir en association avec interféron β -1a, traitement standard).
 - Essai CORIMMUNO (essentiellement des anticorps immunomodulateurs) : TOCI (Tocilizumab) 228 ; SARI (Sarilumab) 241 ; ANA (Anakinra) 157
- **Total des inclusions dans les essais cliniques de catégorie 1 au 7/5 : 2382 patients**

- Résultats de la 2ème vague de la procédure accélérée des appels à projets DGOS consacrés au COVID-19 (PHRC, PREPS, PHRI) : 142 projets ont été évalués par 6 groupes de rapporteurs, réunis par conférence Web. Le jury a rendu ses résultats. Les porteurs des projets sélectionnés par le jury ont été informés le 06 mai.
- La liste des recherches autorisées ou en cours d'instruction par CPP et ANSM ont été publiées sur le site internet du Ministère chargé de la Santé dans l'objectif de leur donner de la visibilité, favoriser les rapprochements d'équipes cliniques et collaborations : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/liste-des-projets-de-recherche-impliquant-la-personne-humaine-a-viser>
- Inquiétudes de nombreux promoteurs au regard des difficultés de recrutement dans les études, suite à la décrue épidémique
- Plusieurs modifications d'autorisations demandées pour essayer de pallier à ces difficultés : intégration de nouveaux centres, élargissement des critères d'inclusion
- Nette décroissance des demandes d'autorisation pour des RIPH COVID :



Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Mai 2020

Mesures de gestion



2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE (1/2)

- **Quelle signature immunologique pour les formes sévères ?** (« *Impaired type I interferon activity and exacerbated inflammatory responses in severe Covid-19 patients* ; *MedRX April 23, 2020 (Jérôme Hadjadj)*) : Etude française (Hôpital Cochin) incluant 50 patients prélevés 8 à 12 jours après le début des symptômes et avant tout TT anti inflammatoire. Cohorte contrôle de patients asymptomatiques adultes SARS-CoV2 négatif. L'étude met en évidence que, **comparées aux formes mineures et modérées, les formes sévères et critiques se caractérisent par une réponse interféron type 1 altérée et une charge virale sanguine persistante** ainsi qu'une réponse inflammatoire exacerbée. Pourrait ouvrir des perspectives thérapeutiques et invite à la prudence sur l'utilisation des TT qui diminue la production d'interféron (corticoides, anti-JAK...)
- **La fréquence des co-infections justifie-t-elle la prescription d'antibiotiques ? Revue de la littérature.** (*Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: A rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing ; Clinical Infect Dis May 2020 (Timothy M Rawson)*) : En Chine la prescription d'antibiotiques associés aux antiviraux était systématique et beaucoup d'équipes internationales ont suivi ces recommandations sans qu'il y ait de rationnel. D'après cette revue de la littérature, 9 études se sont intéressées aux co-infections. Seul 8% des patients (62 sur 806) ont une co-infection bactérienne ou fongique pendant leur hospitalisation. 72% des pts soit 1450 sur 2010 ont néanmoins reçu des antibiotiques. Les auteurs concluent que **malgré une large prescription d'antibiotiques, il n'y a que peu de co-infections. Un meilleur contrôle de la prescription des antibiotiques est urgent.** La recherche de BMR dans les selles a aussi été interrompue dans beaucoup d'hôpitaux pendant la vague pandémique et on doit espérer que l'isolement strict des patients Covid-19 a en partie freiné la diffusion des BMR dans les services hospitaliers.
- **Quelle est la transmissibilité du SARS-CoV2 en période pré symptomatique et après l'apparition des symptômes ?** (*Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset ; JAMA Intern Med. online May 1, 2020 (Hao-Yuan Cheng)*) : Etude prospective à Taiwan de 100 cas Covid-19 confirmés (âge médian 44 ans, 11- 88 ans) et de leurs 2 761 contacts dont 22 paires index-cas 2aires. Le taux d'attaque secondaire est de 0.7%. Il est supérieur en cas de contact dans les 5 premiers jours des symptômes (1% sur 1818) vs plus tard (0 cas sur 852). Les expositions pré symptomatiques sont aussi à risque (0.7%). Le taux d'attaque est plus élevé en cas de contacts familiaux (même foyer = 4.6% et hors foyer = 5.3%) que dans les lieux de soins et autres lieux. Le taux d'attaque est plus élevé chez les plus de 40 ans (1.1%) et plus de 60 ans (0.9%). Conclusion : **Forte contagiosité précédant les 1ers symptômes et les 5 premiers jours après apparition des symptômes qui justifie une politique de dépistage, d'isolement et de contact tracing très réactive associée à des mesures de distanciation sociale.** Remarque : taux d'attaque secondaire intrafamilial inférieur aux études de Shenzhen (et Institut Pasteur Crepy en Valois (11%).
- **Pourquoi ont-ils mieux fait que nous ?** (*Contact Tracing, Testing, and Control of COVID-19—Learning From Taiwan ; Editorial Associé JAMA Intern Med. May 1st, 2020 (Robert Steinbrook)*) : Rappelle que Taiwan (24 Millions d'hab) a eu 330 cas de Covid-19 et 6 DC versus plus d'1 million de cas et + 60 000 décès aux US. L'article insiste sur le fait que tester et isoler uniquement les personnes symptomatiques est insuffisant et qu'**il faut pratiquer cette politique (« remarquable ») de dépistage large associée aux mesures de distanciations sociales.** Bref, il est recommandé de s'inspirer de l'approche de Taiwan au moment du déconfinement.
- **Premiers résultats précliniques du vaccin Sinovac Biotech (Chine) à base de virus inactivé.** (*COVID-19 shot protects monkeys ; Science 456 1 MAY 2020, VOL 368 ISSUE 6490 (Jon Cohen)*) : Deux doses différentes ont été administrées à 8 singes rhésus macaques qui ont été inoculés 15j plus tard. **Ils ont été protégés par les deux doses mais la forte dose évite un « blip » viral. Les 4 singes contrôles étaient infectés. Les anticorps neutralisants étaient capables de neutraliser les souches de SARs-CoV2 circulantes dans les différents pays.** Les études de Phase 1 sont en cours. D'après l'OMS, 8 vaccins sont actuellement en cours d'essai chez l'homme et plus de 100 sont en développement.

2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE (2/2) : Facteurs de risque décès COVID-19 à l'hôpital au Royaume-Uni

OpenSAFELY : facteurs de risque de décès COVID-19 à l'hôpital mis en évidence par le linkage de dossiers NHS de 17 millions de patients adultes (Royaume-Uni) (« *OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients.* » ; *The OpenSAFELY Collaborative; Elizabeth Williamson et Al. ; 7 mai 2020 preprint medRxiv*).

Contexte : Une équipe britannique a construit pour le compte de NHS England une plate-forme d'analyse sécurisée permettant de pseudoanonymiser les données de ville pour de couvrir une proportion significative de l'ensemble des patients anglais à travers leur dossier de soins primaires.

Objectif : Mettre en évidence les déterminants de mortalité COVID-19 afin d'identifier les personnes à risque.

Méthode :

Sources de données : Dossiers de santé électroniques de soins primaires gérés par le prestataire TPP, reliés par pseudonymisation aux données des patients présentes dans le *système de notification des patients COVID-19* (CPNS) pour les patients hospitalisés décédés avec COVID-19 confirmé, grâce à la nouvelle plate-forme OpenSAFELY. La base de données comporte le suivi du 1er février 2020 au 25 avril 2020 de 17 425 445 patients.

Statistiques : Étude de cohorte pour réaliser un modèle de Cox et pour mettre en évidence les facteurs de risque par calcul des OR. Variable à expliquer : survenue d'un décès à l'hôpital parmi les personnes avec COVID-19 confirmé.

Résultats : 5683 décès ont été attribués au COVID-19 dans la base. En résumé, après ajustement complet, le décès du COVID-19 a été fortement associé aux facteurs suivants : **être un homme** (OR 1,99, IC 95% 1,88-2,10); **âge avancé et précarité** (tous deux avec un fort gradient); **diabète incontrôlé** (OR 2,36 IC à 95 % 2,18-2,56); **asthme sévère** (OR 1.25 CI 1.08-1.44); et **divers antécédents**. Comparativement aux personnes atteintes d'origine caucasienne enregistrées dans la base, la population noire était plus à risque de décès (OR ajustée en âge 2,17 IC 1,84-2,57; OR ajustée 1,71 95% CI 1,44-2,02), avec des résultats similaires pour la population asiatique (OR ajustée en âge 1,95 IC 1,73-2,18, OR ajusté 1,62 IC 1,43-1,82).

Conclusions : la plus grande étude de cohorte menée par un pays à ce jour, a mis en évidence une série de facteurs de risque cliniques de décès du COVID-19, dont certains n'étaient jusqu'à présent pas connus. Il est observé que le risque de décès à l'hôpital des suites du COVID-19 est le plus élevé parmi les sous-groupes asiatiques et noirs de la population, et contrairement à certaines suppositions antérieures, ceci n'est que partiellement imputable à des facteurs de risque cliniques préexistants ou à la précarité ; il est donc urgent d'approfondir ces recherches. La précarité est également un facteur de risque majeur sans que, encore une fois, les comorbidités ou d'autres facteurs de risque ne viennent l'accentuer. Ces résultats viennent appuyer les politiques du Royaume-Uni visant à protéger les personnes les plus à risque. La plate-forme OpenSAFELY intègre actuellement d'autres dossiers des patients du NHS, pour des résultats qui seront mis à jour et étendus régulièrement.