

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données du 29/05/20 à 12h)

- **Total cas confirmés : 5 837 541 (+ 130 378)**
- **Total guéris : 2 430 343 (+ 68 731)**
- **Total décès : 360 860 (+ 4 904)**
- **Total pays/territoires touchés : 188 (+0)**

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE EU/EEA/UK

(Source : ECDC, données du 29/05/20)

- **Total cas confirmés : 1 384 703 (+9 930 en 24h)**
- **Total décès : 163 515 (+743 en 24h)**

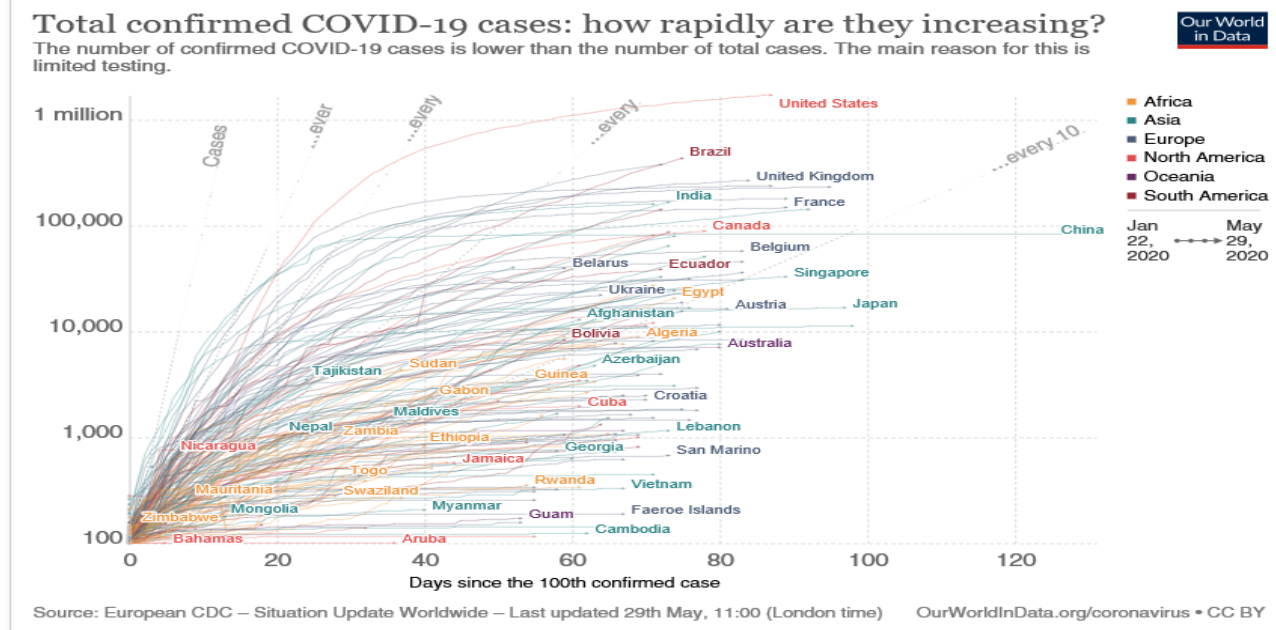
AFRIQUE

D'après l'OMS, ce sont généralement les jeunes adultes africains entre 25 et 45 ans qui sont généralement les plus touchés par le coronavirus sur le continent.

Au 28/05, 6 pays n'ont enregistré aucun décès lié au nouveau coronavirus depuis le début de la pandémie dans la région (Érythrée, Seychelles, Lesotho, Namibie, Rwanda, Ouganda).

EUROPE

La **Russie** a enregistré un nouveau record quotidien de décès (232) portant le total à 4.374 morts et 387.623 cas.



AMÉRIQUE

La courbe des décès des **Etats-Unis** est repartie à la hausse depuis mercredi. New-York est la ville la plus touchée au monde.

Le **Brésil** a connu hier un record quotidien de contamination avec 26 417 nouvelles contaminations recensées. Par ailleurs, le **Chili** et le **Pérou** ont enregistré le 28/05 de nouveaux records nationaux, le premier en terme de décès (49), le second de contaminations (5.874). Par ailleurs, le Pérou a franchi la barre des 4.000 morts.

ASIE

La **Corée du Sud** a enregistré hier sa plus importante flambée de nouveaux cas en près de deux mois (+79 cas).

Le **Sri Lanka** a fait face à sa plus forte hausse quotidienne de cas, pour la plupart des Sri Lankais revenant du Koweït et des marins d'une base près de Colombo.

INTERNATIONAL

- **Alger** prolonge ses mesures strictes de confinement partiel jusqu'au 13 juin dans 44 des 48 wilayas (préfectures). Le confinement est totalement levé dans les quatre autres wilayas.
- **Russie** : Publication par la ville de Moscou des détails de la mortalité du mois d'avril, attribuant 636 décès directement au Covid-19
- **Le Chili** a annoncé le prolongement des mesures de confinement à Santiago d'une semaine supplémentaire
- **Bolivie** : Annonce d'un assouplissement du déconfinement à partir de lundi
- **Corée du Sud** : Dès aujourd'hui, nouvelle fermeture des musées, parcs et galeries d'art + nouvelles restrictions quant au nombre d'élèves pouvant être accueillis à Séoul et ses environs.

UNION EUROPEENNE / UK / EEE

- **Royaume-Uni** : Annonce par Boris Johnson d'un nouvel assouplissement du confinement dès la semaine prochaine : réouverture des écoles et commerces dès lundi 01/06.
- **Grèce** : Annonce de la réouverture des aéroports d'Athènes et de Thessalonique aux touristes en provenance de 29 pays du monde entier à partir du 15 juin.
- **Comité de Sécurité Sanitaire (28/05)** : concernant les stratégies de dépistage, l'ECDC a rappelé avoir publié des lignes directrices en avril et avoir été mandaté pour surveiller la mise en œuvre de ses recommandations, notamment dans le cadre du déconfinement et d'une possible 2ème vague. Par ailleurs, les EM ont répondu à un sondage sur leurs stratégies et leurs capacités dans le cadre de la chambre de compensation. La COM a indiqué que les capacités de dépistage ne sont plus un enjeu dans les différents EM, mais les problèmes relèvent désormais plutôt de la mise en œuvre opérationnelle ainsi que des stratégies. Elle a indiqué également que le développement d'une immunité était toujours incertain, d'où la non recommandation de mettre en œuvre des passeports d'immunité. MT, IT et DE notamment ont soutenu la position de l'ECDC demandant plus d'harmonisation des stratégies des EM en matière de dépistage et DE a demandé à ce que l'ECDC analyse les différents sondages et informations fournies par les EM pour réaliser un état des lieux des capacités de dépistage, des critères et stratégies de dépistage des EM en vue de l'élaboration de lignes directrices actualisées. Concernant la proposition DE / ES relative aux critères d'évaluation des zones à risque dans le cadre de l'ouverture des frontières. Il s'agirait d'avoir des critères communs. DG Home a fait un état des lieux des questions liées frontière. DG Home soutient l'initiative d'avoir des critères communs pour l'évaluation des « zones à risques » à partir du 16/06. Les frontières internes vont être progressivement levées à partir du 15/06 mais cela n'est pas consolidé pour les frontières externes. Cependant, les EM devraient en effet se coordonner et avoir des critères communs. Un sondage a été diffusé sur ce sujet dans le cadre du groupe frontières Covid (FR a répondu). Les réponses sont en cours d'analyse. Les différents EM ont ensuite continué à échanger sur leurs stratégies de déconfinement.
- **Réunion d'experts "affaires intérieures" (28/05)** : concernant la levée graduelle et coordonnée des contrôles aux frontières intérieures et des restrictions à la liberté de circulation, compte tenu de l'amélioration de la situation épidémiologique en Europe et des assouplissements décidés par la plupart des EM à leurs frontières intérieures (voir notamment la levée de presque toutes les restrictions entre HU, CZ et SK), la COM juge le moment venu de porter au niveau politique la question de la coordination de la levée des contrôles et des restrictions de circulation. Concernant les limitations des voyages non essentiels de ressortissants de pays tiers vers l'UE, la situation épidémiologique au niveau international est marquée par sa grande diversité. A notre demande, l'ECDC et la DG Santé devraient chercher à affiner leur analyse, au moyen des données de l'OMS sur les systèmes de santé des pays-tiers (capacités de surveillance et de contrôle). La COM insiste vivement sur le besoin de coordination et appelle les EM à continuer à lui faire part de leurs préférences sur la marche à suivre après l'expiration le 15/06 de la limitation d'entrée. Sur les 19 réponses à son questionnaire, à part un consensus sur la prise en compte de la situation épidémiologique dans le pays-tiers concerné, aucune tendance claire ne se dégage quant aux autres critères. L'IPCR (au niveau des Représentants permanents) du 2/06 et le COREPER du 3/06 traiteront ces sujets. Ils seront ensuite évoqués lors de la visioconférence des Ministres de l'Intérieur du 5/06.
- **G7 Santé (28/05)** : La réforme de l'OMS sera évoquée lors du prochain call et US va fournir une nouvelle version de la « roadmap » plus synthétique. Le but est d'avoir une position G7 « santé » commune pour mettre le point à l'ODJ de la prochaine réunion G7 leaders. CAN a évoqué l'impact important du covid au sein des populations fragiles et a demandé une coordination sur la question de la réouverture des frontières/mesures aux frontières. 41 essais cliniques sont par ailleurs en cours sur les vaccins et traitements contre le COVID. JAP a indiqué avoir levé l'état d'urgence dans toutes les régions, a également appelé à une coordination G7 des mesures aux frontières (notamment sur la quatorzaine) et a alerté sur les risques d'étouffement chez les enfants en lien avec le port du masque. DE a mentionné la nécessité d'avoir une OMS indépendante, efficace, transparente et a rappelé l'importance de la mise en œuvre du RSI. DE et RU ont évoqué les problèmes pour poursuivre les études cliniques des vaccins/traitements avec la baisse du nombre de cas (échantillons pas suffisants). IT a mentionné son étude sérologique menée sur 140 000 personnes, son étude clinique sur le plasma de convalescents et a indiqué avoir lancé une application de contact tracing. La COM a évoqué le plan de relance, ainsi que les recommandations de l'EMA sur l'hydroxychloroquine, en cohérence avec celles de l'OMS.
- **Réunion de la chambre de compensation de la Commission (28/05)** sur les stratégies et capacités de tests : la réunion a consisté en la présentation des résultats de la consultation des EM sur leurs stratégies et capacités de tests. Les stratégies de tests étaient assez convergentes, avec une priorisation des populations les plus à risque et le recours majoritaire aux tests PCR. La capacité de test moyenne a été estimée entre 80 et 90 tests hebdomadaires pour 10 000 habitants, mais avec de fortes disparités entre EM. L'objectif de 100 tests hebdomadaires pourrait être atteint d'ici un mois. On

peut enfin relever la présentation d'un chercheur de l'université de Nottingham, qui propose de mener les tests sur des groupes d'échantillons et non plus sur des échantillons singuliers, ce qui pourrait diminuer les coûts de 60 à 25 € par test.

- **Agenda** : tbc : HSC et G7 Santé ; 29/05 : Conseil Recherche ; 04/06 : Conseil Transports ; 05/06 : Conseil Intérieur + Conseil Télécommunications. Prochain Conseil Santé le 12/06.
- **La COM a communiqué sur** :
 - [Le lancement de la campagne '#GlobalGoalUnite for our Future', qui fait suite à la conférence des donateurs.](#)
 - [La levée, par le Gouvernement indien, de son interdiction d'exportation des principes actifs du paracétamol.](#)

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

- 149 668** cas confirmés en France (+597 en 24h)
67 803 personnes guéries parmi les patients hospitalisés (+612 en 24h)
14 695 patients hospitalisés dont :
- 513 lits **en moins** occupés en 24h
 - 255 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h
- 1 361** patients admis en réanimation pour le COVID-19 :
- 68 lits **en moins** occupés en 24h
 - 29 **nouveaux** patients en réanimation en 24h
- 28 714** décès dont :
- 18 387 décès en milieu hospitalier (+61 en 24h)
 - **10 327*** décès en EHPAD / autres EMS

*Actualisation des données.

Données issues de SI-DEP : Entre le 20 et 26 mai, 208 443 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, le taux de positivité était de 1,6% et le taux d'incidence de 5,0 pour 100 000 habitants.

Dispositif « Contact Covid », depuis le 13 mai 2020 jusqu'au 28 mai 2020 :

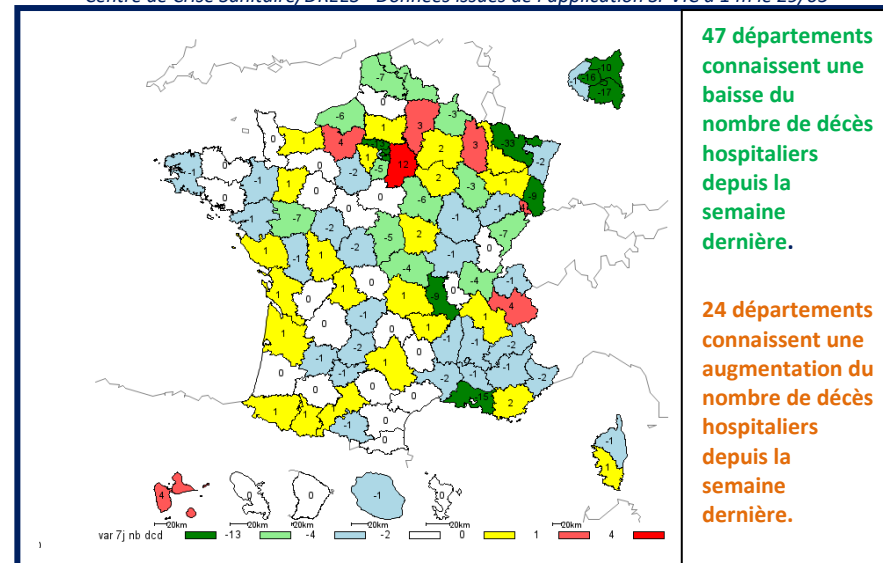
- Au cours des dernières 24h, 740 patients confirmés ont été contactés par la CNAM
- Au cours des dernières 24h, 2002 personnes contacts ont été contactées par la CNAM
- En moyenne, le 28 mai 2020, 2,6 cas contact pour 1 cas confirmé

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

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Variation hebdomadaire du nombre de décès (COVID+) hospitaliers par département

Centre de Crise Sanitaire/DREES - Données issues de l'application SI-VIC à 14h le 29/05

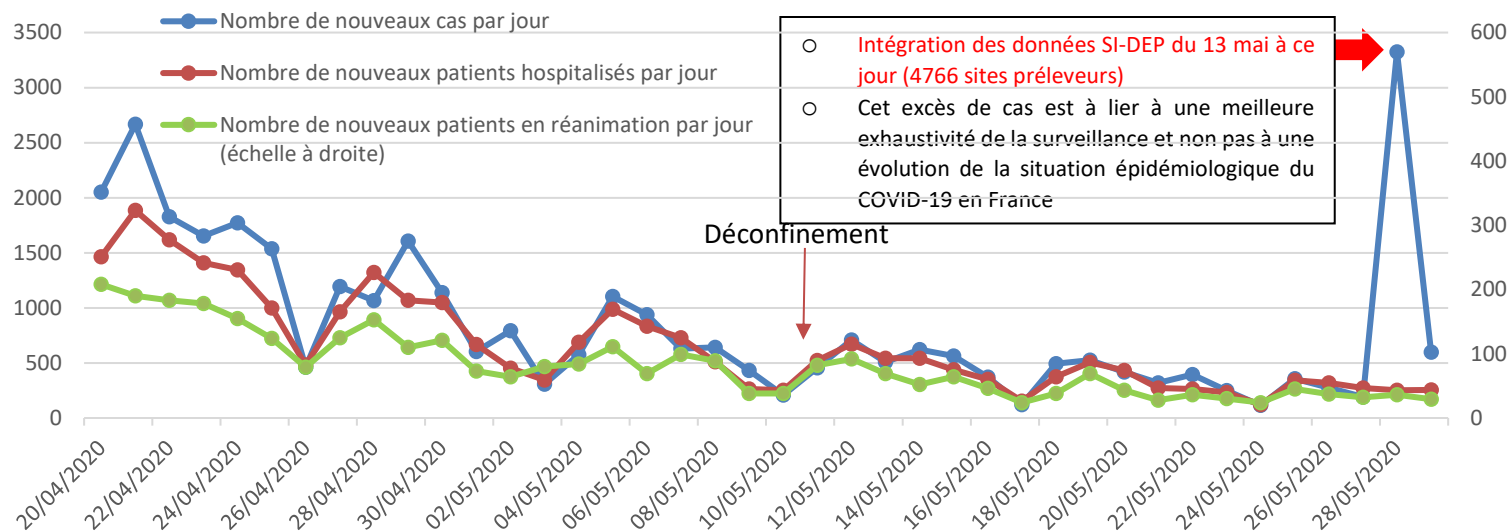


Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 29 mai 2020 (14h) :

Source SPF

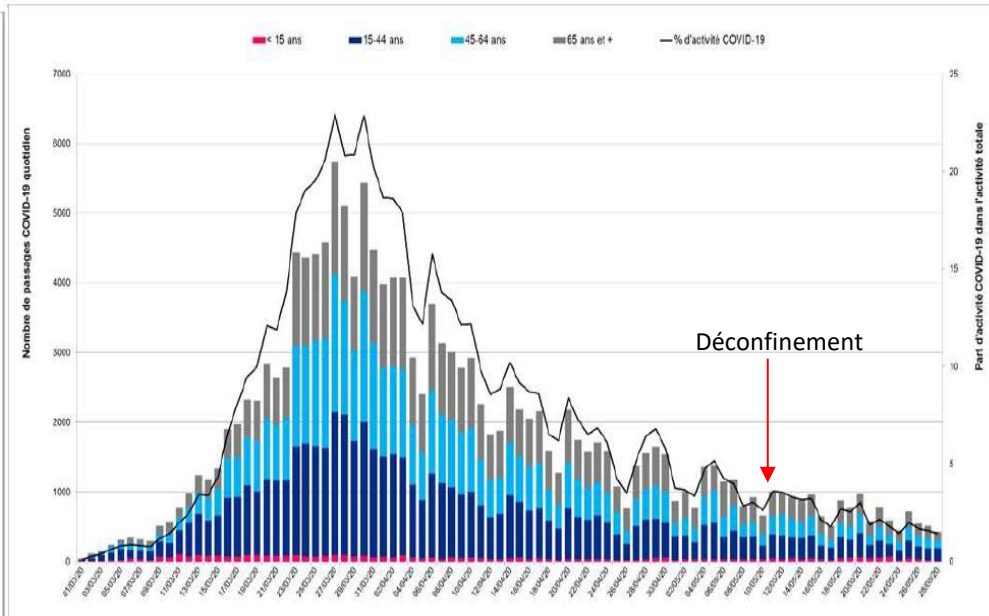
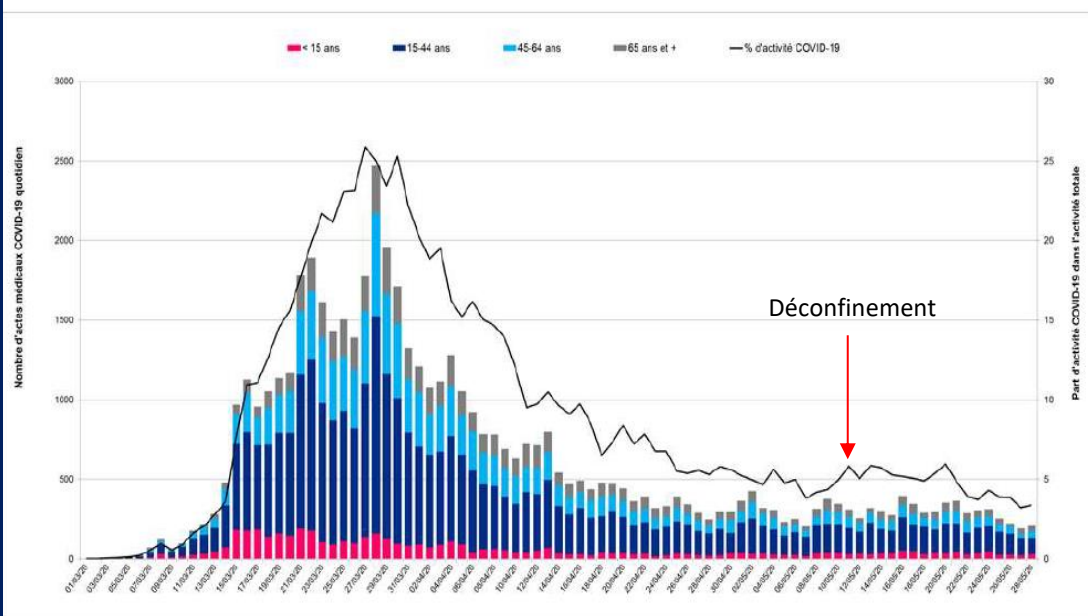
Région	Le 29 mai 2020			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours N (%)	Dont réanimation N (%)	Soins aux urgences N (%)	Retour à domicile N (%)	Décès N (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 159 (8%)	111 (8%)	2 (1%)	6 978 (10%)	1 669 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	422 (3%)	40 (3%)	6 (4%)	3 473 (5%)	1 008 (5%)
Bretagne	205 (1%)	19 (1%)	1 (1%)	1 128 (2%)	249 (1%)
Centre-Val de Loire	606 (4%)	38 (3%)	1 (1%)	1 750 (3%)	507 (3%)
Corse	27 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	228 (0%)	58 (0%)
Grand Est	2 114 (14%)	168 (12%)	19 (12%)	10 770 (16%)	3 408 (19%)
Guadeloupe	13 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	73 (0%)	17 (0%)
Guyane	21 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	71 (0%)	1 (0%)
Hauts-de-France	1 441 (10%)	128 (9%)	6 (4%)	5 668 (8%)	1 722 (9%)
Ile-de-France	6 374 (43%)	589 (43%)	112 (68%)	24 567 (36%)	7 053 (38%)
La Réunion	19 (0%)	3 (0%)	0 (0%)	119 (0%)	1 (0%)
Martinique	17 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	81 (0%)	14 (0%)
Mayotte	54 (0%)	13 (1%)	0 (0%)	229 (0%)	19 (0%)
Normandie	339 (2%)	19 (1%)	3 (2%)	1 471 (2%)	420 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	304 (2%)	39 (3%)	1 (1%)	1 918 (3%)	394 (2%)
Occitanie	250 (2%)	47 (3%)	0 (0%)	2 671 (4%)	492 (3%)
Pays de la Loire	399 (3%)	21 (2%)	1 (1%)	1 717 (3%)	437 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	879 (6%)	83 (6%)	11 (7%)	4 882 (7%)	898 (5%)

Evolution du nombre de nouveaux cas, nouveaux patients hospitalisés et nouveaux patients en réanimation / jour (CCS, données SPF)



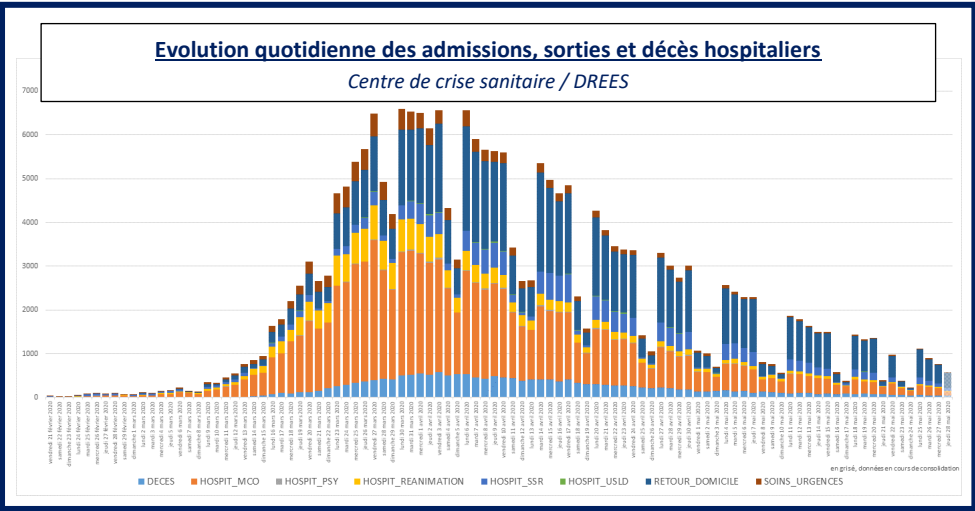
Nombre quotidien d'actes SOS médecins et part d'activité pour Suspicion de COVID-19 par classes d'âge (source SPF, données SOS médecin), 29 mai 2020

Nombre quotidien de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge (source SPF, données OSCOUR) 29 mai 2020

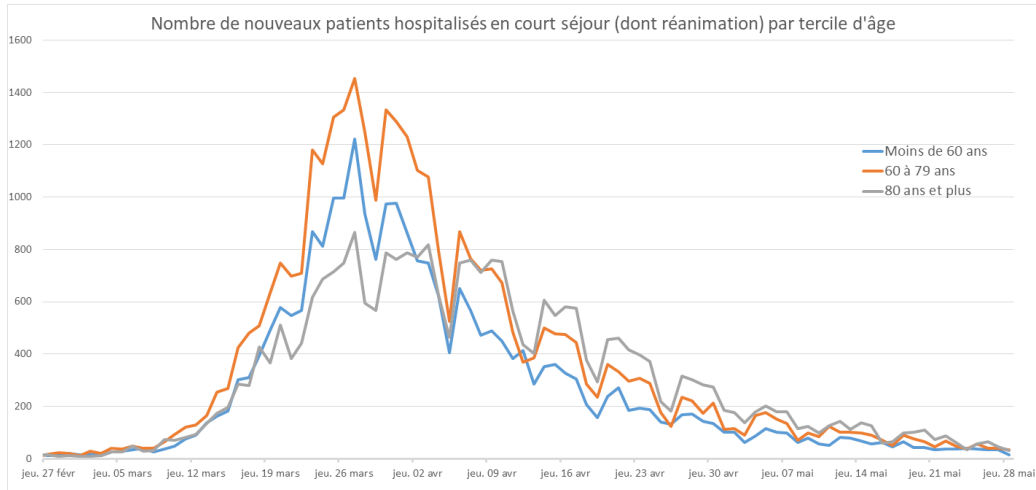


2.2. OFFRE DE SOINS ET PRISE EN CHARGE

SITUATION DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS (BULLETIN QUOTIDIEN DES TENSIONS HOSPITALIERES - DGOS)



Nombre de nouveaux patients hospitalisés en court séjour (dont réanimation) par tercile d'âge
Centre de crise sanitaire / DREES (Source SI-VIC)



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 : Annonce 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 : Annonce du dispositif de déconfinement au 11 mai par le Gouvernement

11/05/2020 : Première phase du déconfinement

28/05/2020 : Annonce par le PM de la deuxième phase de déconfinement à partir du 2 juin

2.4. PRESSE ET MEDIA (NOTE D'AMBIANCE SANITAIRE)

➤ ACTIVITE DE LA CELLULE COMMUNICATION DU MSS

Média : Environ 25 demandes avec pour principaux sujets → Tests sérologiques ; indicateurs cartes ; clarification chiffres SpF SI-DEP

Réseaux sociaux :

- Reprise très factuelle des annonces déconfinement

Numéro vert : Le 27 mai, 7 250 appels reçus

➤ **DIFFUSION DES MESSAGES DU MINISTERE DES SOLIDARITES LA SANTE**

INFORMATION DES ARS, DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE		
MESSAGES DIFFUSES*	DATE	OBJET
MINSANTE n°114	29/05/2020	Règles d'éviction des personnels en établissements de santé et des établissements sociaux ou médicaux-sociaux (actualisation du MINSANTE 99)

*Le CCS diffuse plusieurs type de messages MINSANT messages à destination des ARS ; MARS à destination des établissements de santé ; DGS-Urgent à destination des professionnels de santé. Les archives MINSANT et MARS sont disponibles sur la plateforme d'échanges Symbiose

➤ **MOBILISATION DES RENFORTS**

- La mobilisation sanitaire représente 14 567 jours-réservistes (données SPF)

2.5 SYNTHÈSE DU SUIVI DES CLUSTERS (Bilan SPF du 29/05/2020)

Total de 120 clusters (Hors EHPAD et milieu familial restreint), dont :

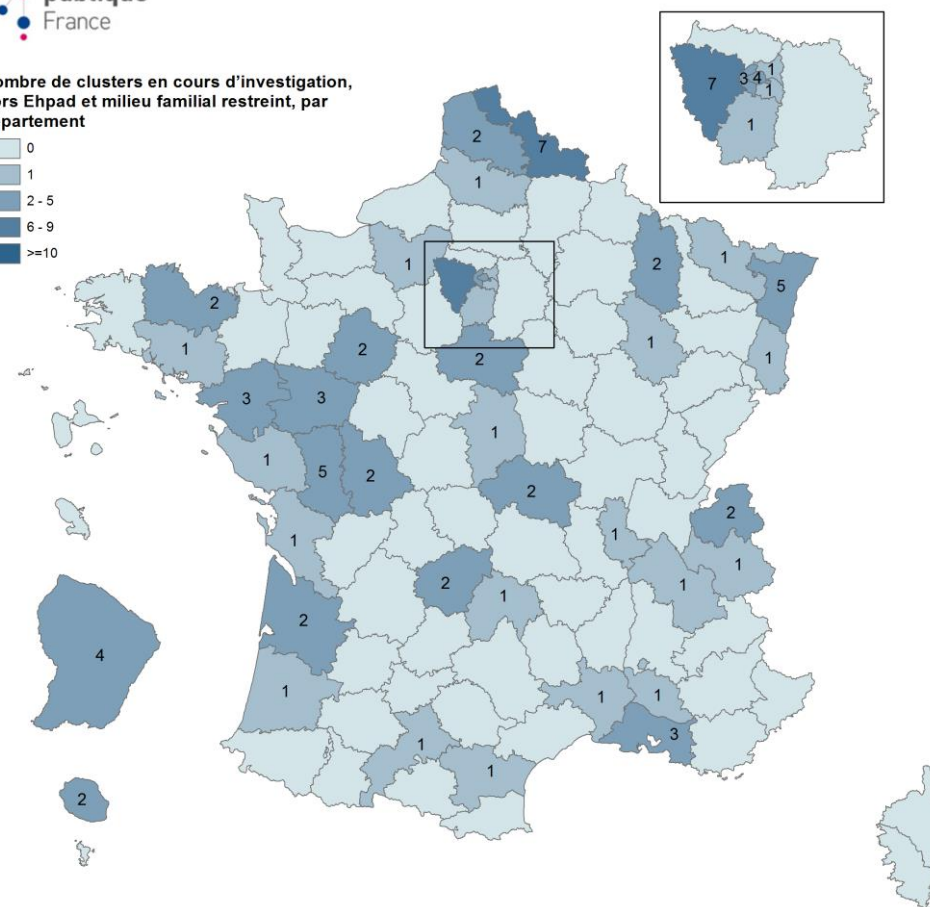
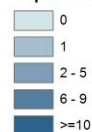
- 87 en cours d'investigation
- 20 maîtrisés
- 13 clôturés

Au cours des dernières 24h, **6 nouveaux** et 1 invalidé en Bretagne (35)

Cf. pages 9-10

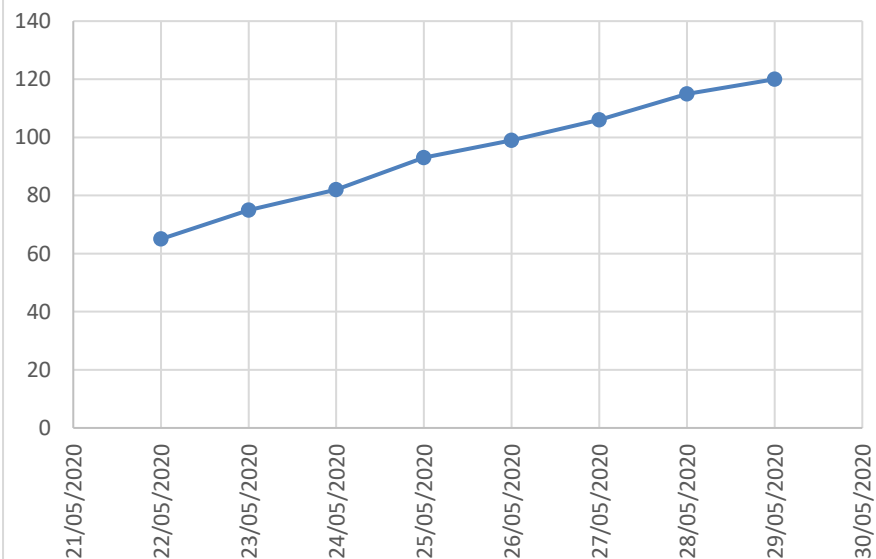


Nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, par département



Source : Santé publique France

Evolution du nombre de clusters



Région	Départements	Clusters (en rouge, nouveau ; en rouge barré, invalidé ; en violet, anciennement rapporté mais maîtrisé ou clôturé)
Auvergne-Rhône-Alpes	Allier - (03)	1 au CH hospitalier de Vichy 1 dans un centre d'accueil et d'orientation à La Varennes sur Allier
	Ardèche - (07)	1 dans une centrale nucléaire à Cruas-Meysses
	Cantal - (15)	1 en milieu familial élargi
	Isère - (38)	1 dans une entreprise à Ville-sous-Anjou 1 au CH de Bourgoin-Jallieu
	Puy-de-Dôme - (63)	1 dans un établissement social d'hébergement à Theix
	Rhône - (69)	1 au CH de Beaujeu
	Savoie - (73)	1 familial étendu suite à des funérailles
	Haute-Savoie - (74)	1 dans une résidence sociale Adoma 1 familial élargi sur 2 communes à Mont-Saxonnet et Brizon
Bretagne	Côtes-d'Armor - (22)	1 au CH de Lannion 1 dans une entreprise, à Méné
	Ille-et-Vilaine - (35)	1 dans un foyer de migrants à Vitré
	Morbihan - (56)	1 dans un abattoir à Bignan
Centre-Val de Loire	Cher - (18)	1 au CH de Bourges
	Indre-et-Loire - (37)	1 dans une cité universitaire
	Loiret - (45)	1 dans un abattoir, à Fleury-les Aubrais 1 au CH d'Orléans
Corse	Haute-Corse - (2B)	1 au 2ème REP, à Calvi
Grand-Est	Haute-Marne - (52)	1 dans EMS de personnes handicapées à Saint-Dizier
	Meuse - (55)	1 au CH de Bar-le-Duc 1 parmi des pompiers au SDIS-55, à Verdun
	Moselle - (57)	1 dans une gendarmerie
		1 dans un ESMS- établissement d'aide sociale à l'enfance
		1 dans un établissement pénitencier
	Bas-Rhin - (67)	1 dans foyer d'accueil médicalisé-ESMS
		1 dans un établissement de santé
		1 dans un ESMS pour personnes handicapées à Strasbourg 1 dans un établissement de santé à Bischwiller 1 dans un établissement de santé à Erstein
	Haut-Rhin - (68)	1 dans un établissement de santé à Mulhouse

Région	Départements	Clusters (en rouge, nouveau ; en rouge barré, invalidé ; en violet, anciennement rapporté mais maîtrisé ou clôturé)
Guyane	Guyane - (973)	1 communautaire complexe (plusieurs quartiers) de St Georges, en transfrontalier (Brésil) sous haute surveillance 1 dans un foyer familial élargi, à Macouria 1 dans une emprise de l'armée locale, Fleuve Oyapok/Village amérindien 1 communautaire lié à un rassemblement festif, à Cayenne
Hauts-de-France	Nord - (59)	1 en entreprise, à Cambrai 1 dans un commissariat 1 en entreprise, à Armentières 1 au CH d'Armentières 1 au CH de Somain 1 à l'EPSM (établissement psychiatrique), à Bailleul 1 dans la communauté ROM à Lille 1 dans une école primaire à Halluin
	Oise - (60)	1 dans un foyer travailleurs migrants
	Pas-de-Calais - (62)	1 dans une gendarmerie, à Laventie 1 dans une entreprise, à Arras 1 dans le quartier d'habitation de Vaudricourt
	Somme - (80)	1 dans un service d'aide à domicile, à Maison Rolland
Ile-de-France	Paris - (75)	1 dans un foyer de travailleurs migrants 2 dans des services d'accueil et d'hébergement 1 dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale 1 dans un établissement pénitentiaire à Paris
	Seine-et-Marne - (77)	1 dans une communauté religieuse
	Yvelines - (78)	6 dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale 1 dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, à Triel sur seine 1 dans une résidence senior, à Montigny (« rattrapage », connu depuis le 19 Mai) 1 dans un foyer logement de personnes âgées à Mantes la Jolie

Région	Départements	Clusters (en rouge, nouveau ; en rouge barré, invalidé ; en violet, anciennement rapporté mais maîtrisé ou clôturé)
Ile-de-France	Essonne - (91)	1 cluster dans un EMS pour personnes handicapées
		1 à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis
		1 dans un établissement social d'hébergement à Montgeron
	Hauts-de-Seine - (92)	1 dans foyer de jeunes travailleurs
		1 dans foyer d'hébergement et de vie pour handicapés, à Asnières
		1 dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, à Colombes
		1 dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, à Boulogne Billancourt
		1 dans une résidence autonomie pour personnes âgées, à Clamart
	Seine-Saint-Denis - (93)	1 dans un établissement médico-social pour handicapés, à Montfermeil
	Val-de-Marne - (94)	1 dans une entreprise, à Villeneuve Le Roi
		1 dans un foyer social d'hébergement à La Queue-en-Brie
		1 dans un EMS de personnes handicapées à Alfortville
La Réunion	La Réunion - (974)	1 cluster en milieu familial élargi
Normandie	Calvados - (14)	1 au CH de Caen
	Eure - (27)	1 dans un ES à Gisors
	Manche - (50)	1 en entreprise, à Martinvast
	Orne - (61)	1 dans une clinique d'Alençon
	Seine-Maritime - (76)	1 au CH de Rouen
Nouvelle-Aquitaine	Charente-Maritime - (17)	1 cluster au CH de La Rochelle
	Corrèze - (19)	1 dans un établissement de santé à Tulle
		1 dans un établissement de santé à Cornil
	Dordogne - (24)	1 à une cérémonie d'enterrement, à Vergt
	Gironde - (33)	1 dans un foyer d'accueil médicalisé, à Pineuilh
		1 dans un foyer occupationnel, à Cenon
		1 dans une maison de santé à Bordeaux
	Landes - (40)	1 cluster en lien avec des obsèques à Parleboscq
	Deux-Sèvres - (79)	1 au CH Nord Deux-Sèvres à Faye l'Abbesse
		1 à l'Ecole militaire de St Maixent l'école
		1 dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile
		1 dans un établissement de santé à St Maixent
		1 dans une société d'ambulance
		1 dans un établissement de santé à Mauleon
	Vienne - (86)	1 suite à une réunion préparatoire pour la rentrée des classes (ville non connue)
		1 au CH Nord Vienne (SSR, Ehpad et CH) à Loudun

Région	Départements	Clusters (en rouge, nouveau ; en rouge barré, invalidé ; en violet, anciennement rapporté mais maîtrisé ou clôturé)
Occitanie	Aude - (11)	1 en collectivité militaire, à Castelnaudary
	Gard - (30)	1 dans un Ehpad dans un établissement de santé
	Haute-Garonne - (31)	1 dans un hôtel social, à Toulouse
	Tarn - (81)	1 dans un établissement de santé à Montbeiron
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Alpes-Maritimes - (06)	1 dans une école accueillant des enfants de personnels autorisés, à Carmaux
		1 parmi les employés d'une crèche, à Tende
		1 dans une gendarmerie, à Grasse
	Bouches-du-Rhône - (13)	1 dans une résidence service à Nice
Pays de la Loire	Bouches-du-Rhône - (13)	1 dans un squat de travailleurs migrants
		1 dans un établissement de santé privé
		1 dans un établissement de santé d'Aix en Provence (service de pneumologie)
	Vaucluse - (84)	1 dans un établissement de santé d'Aix en Provence (service de pneumologie)
Réunion	Loire-Atlantique - (44)	1 dans un centre pénitentiaire à Avignon
		1 en centre hébergement SDF/migrants, à Nantes
		1 dans un foyer familial élargi
	Maine-et-Loire - (49)	1 dans un foyer familial élargi
		1 au CH de Saumur – service de médecine gériatrique
		1 familial étendu suite à des funérailles
	Sarthe - (72)	1 au CH de Cholet
		1 dans établissement de santé au Mans (unité Covid)
Réunion	Vendée - (85)	1 dans un abattoir à Sablé-sur-Sarthe
		1 en entreprise, dans un abattoir, à Essarts-en-bocage
		1 en entreprise, dans un abattoir, Les herbiers
	Réunion - (974)	1 en entreprise, dans un abattoir, Les herbiers

2.6. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le HCSP a publié 4 avis le 28 mai 2020 :

Avis HCSP du 19 mai 2020 sur la restauration commerciale et les débits de boisson

Le HCSP recommande principalement à **chaque responsable** d'établissement de :

- formaliser des règles de prévention adaptées à l'établissement en prenant en considération la **notion de groupe social**, au sens de **personnes ayant accepté de partager la même table**. Ces règles devront respecter les préconisations relatives aux mesures barrières de [l'avis HCSP du 24 avril 2020](#) ;
- redéfinir l'organisation pratique en prenant en compte la densité, le flux de personnes, d'espaces et de volume de confinement et en veillant à **garantir une distance entre les tables** (compte tenu également de l'espace de mouvement du personnel) **non inférieure à 1 mètre** (ou sinon utiliser des écrans de séparation) ;
- définir une **limite de capacité maximale par table (maximum 10 personnes)** et dans le restaurant (tenir compte du volume et de la dimension des pièces ou terrasses) ;
- fermer les lieux les plus à risque (buffets, vestiaires).

Les **professionnels de la restauration** doivent porter un masque grand public en cuisine, en salle et pour les tâches administratives.

Sur le **comportement** et la **circulation des clients**, il est notamment recommandé que :

- les personnes symptomatiques ne se rendent pas en restaurant et débits de boisson ;
- les personnes devenant symptomatiques dans un tel établissement se mettent à l'écart puis regagnent leur domicile ;
- les déplacements dans l'établissement soient limités, et avec le port du masque.

Avis HCSP du 21 mai 2020 sur la restauration collective

ans cet avis (dont le champ ne porte pas sur la restauration commerciale), le HCSP recommande principalement à **chaque responsable de restaurant collectif** de :

- formaliser des règles de prévention adaptées à l'établissement en prenant en considération la **notion de groupe social**, au sens de **personnes ayant accepté de partager la même table**. Ces règles devront respecter les préconisations relatives aux mesures barrières de [l'avis du HCSP du 24 avril 2020](#) ;
- redéfinir l'organisation pratique en prenant en compte la densité, le flux de personnes, d'espaces et de volume de confinement et en veillant à **garantir une distance entre les tables** (compte tenu également de l'espace de mouvement du personnel) **non inférieure à 1 mètre** (ou sinon utiliser des écrans de séparation) ;

- **supprimer les offres alimentaires en vrac** au profit d'un dressage à l'assiette pour éviter les manipulations ;
- mettre en place des **séparations physiques** aux comptoirs et aux caisses et un marquage au sol des distances de sécurité pour les files d'attente.

Les **professionnels de la restauration** doivent porter un masque grand public en cuisine, en plonge, en salle et pour les tâches administratives.

Sur le **comportement** et la **circulation des clients**, il est notamment recommandé que :

- les personnes symptomatiques ne se rendent pas en restauration collective ;
- les personnes devenant symptomatiques dans un tel établissement se mettent à l'écart puis regagnent leur domicile ;
- le masque grand public soit porté lors des déplacements à l'entrée, au sein de l'établissement et en sortie.

Avis HCSP du 27 mai 2020 sur les lieux d'hébergement collectif

Cet avis concerne les **hôtels, auberges, chambres d'hôtes, camping, clubs ou colonies de vacances** (hors restauration et autres services que l'hébergement et hors croisières), ce qui comprend les **accueils collectifs de mineurs (ACM)**.

Les principales recommandations aux **responsables de lieu d'hébergement** sont de :

- Désigner un référent sécurité sanitaire COVID-19 ;
- formaliser les règles de prévention en respectant les recommandations de [l'avis HCSP du 24 avril 2020](#) sur les mesures barrières ; prendre en compte de la notion de **groupe social séjournant ensemble dans l'établissement** ; si besoin scinder ce groupe en sous-groupes de **10 personnes maximum** ;
- Réexaminer les capacités maximales d'accueil et réguler l'accès aux espaces (dont l'accueil) pour garantir le respect des mesures barrières ;
- Mettre en place un plan de circulation évitant les croisements rapprochés ;
- Fournir des SHA au moins à l'entrée et à la sortie et dans les endroits accessibles ;
- Imposer aux personnes le **port du masque grand public dans les espaces intérieurs** ;
- Aérer les espaces clos ; s'assurer du bon fonctionnement de la VMC ; ne pas utiliser de ventilateur, brumisateur ou climatiseur à flux d'air dirigé vers les personnes ;
- Nettoyer les chambres au minimum 3 h après le départ des occupants ; nettoyer par détergent au minimum quotidien les sols et surfaces fréquemment touchées dans les espaces communs ; veiller à l'hygiène et à l'approvisionnement des sanitaires ;
- Attendre une demi-journée pour **relouer une chambre ou un logement** (délai porté à 72 h si l'occupant précédent est un cas suspect ou avéré de COVID-19) ;
- ne pas mettre à disposition d'objets pouvant être touchés par plusieurs personnes.

2.6. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)

Le HCSP en appelle à la **responsabilisation des clients** : ne pas se rendre dans les lieux d'hébergement collectifs s'ils l'on se sait symptomatique ; limiter les déplacements à l'intérieur des lieux d'hébergement et le recours aux équipements collectifs.

L'avis comprend également des recommandations d'organisation du travail et la protection de la santé des **personnels de l'hébergement collectif**.

En cas de **COVID-19 en hébergement collectif** :

- toute personne (professionnel ou usager) devenant symptomatique doit le signaler sans délai (le signalement à la hiérarchie est fait avec discrétion dans les ACM) ;
- le cas suspect ou avéré doit être isolé dans une pièce et porter un masque chirurgical ; un sanitaire lui est réservé si possible ; le départ de ce cas est organisé ;
- la procédure de nettoyage / désinfection selon l'avis HCSP du 24 avril 2020 ;
- l'identification et la gestion des cas contacts sont initiées sans délai.

En colonies et camps de vacances, il convient d'appliquer également le [protocole de réouverture des ACM](#) publié le 12 mai 2020 par le ministère chargé de la jeunesse.

Avis HCSP du 20 mai 2020 sur les mesures de prévention à appliquer aux donneurs de sang, cellules, tissus et organes

Dans cet avis qui actualise [l'avis du 14 mars 2020](#), le HCSP recommande :

- La possibilité d'utiliser le **plasma de sujets convalescents de COVID-19** prélevé **après un délai de 14 jours**, chez des receveurs non infectés à SARS-CoV-2, si ce plasma ne peut être prescrit à visée thérapeutique chez des malades atteints de COVID-19 ;
- La **reprise de la campagne par internet de sélection des donneurs de cellules souches hématopoïétiques** (CSH) nécessitant un typage HLA (antigènes des leucocytes humains) à partir de prélèvement de salive, dès lors que les conditions de sécurité pour les techniciens manipulant ces prélèvements seront garanties.

Le HCSP **maintient les recommandations** de l'avis du 14 mars 2020 sur :

- Les **greffes de cellules** (avec des dispositions particulières en situation d'urgence) ;
- **L'éviction pendant 28 jours des donneurs de sang, d'organes ou de cellules suite à infection à SARS-CoV-2**, de même qu'**après un contact avec un patient COVID-19** ;
- La **dérogation à ce délai** pour les **indications urgentes de greffe** (dont les CSH).

Les Académies nationale de médecine (ANM) et de pharmacie (ANPh) et l'Académie des Sciences publient le 29 mai 2020 un avis commun sur les essais cliniques COVID.

[Cet avis](#) dresse un **retour d'expérience** des essais cliniques COVID-19 en termes de cibles thérapeutiques, d'exigences méthodologiques et d'impératifs éthiques.

Les trois académies estiment que l'administration hospitalière a réagi avec rapidité pour mener des essais et que les stratégies ont été adaptatives par rapport à la situation clinique permettant de tester plusieurs hypothèses en même temps.

Elles notent les **efforts engagés en France** en matière de procédures accélérées d'autorisation des essais et de publicité de la liste des projets de recherche.

Elles considèrent qu'il faut appliquer, en pandémie comme en situation ordinaire, **les règles d'évaluation critique des méthodes et des résultats**, la déontologie scientifique et médicale, le respect de l'intégrité scientifique et de l'éthique de la communication des résultats ; *« l'urgence ne doit pas entraîner la précipitation »*. La publication dans un journal à comité de lecture, après évaluation par les pairs, doit rester la référence ; la communication précipitée de résultats partiels non évalués nuit à la crédibilité des essais et à la confiance envers la recherche.

Les principales difficultés méthodologiques qui n'ont pas permis aux nombreuses études (plus de 1 500 dans le mode) d'identifier à ce jour de traitement efficace sont :

- **L'absence fréquente de groupe témoin ou de tirage au sort**, qui sont source de biais. Près de la moitié des essais sont « compassionnels » et dépourvus de groupe témoin ; leur profusion entrave la recherche en tarissant le vivier de patients ;
- **L'hétérogénéité des patients** : de nombreuses études impliquent des effectifs limités et documentent insuffisamment les caractéristiques des patients ;
- **Le critère principal de jugement** qui est retenu dans la plupart des essais est un score clinique 2 semaines ou un mois après l'inclusion ou le délai suivant l'inclusion qui permet de classer les patients par statut clinique. Or le critère décisif de jugement chez des patients hospitalisés, à COVID-19 grave, est la **mortalité**.

Les trois académies pointent aussi de **nombreux obstacles à la réalisation des essais** : complexité des règles administratives et financières, diversité des procédures et services selon les pays, inégal accès aux médicaments, coût et délai des essais académiques. Les essais promus par les industriels souffrent moins de tels freins.

Elles regrettent le **manque de coordination, de concertation et de coopération des essais thérapeutiques** au niveau national, européen et international. Le foisonnement d'essais multiples, redondants (notamment les grands essais menés en coopération internationale), avec de petits effectifs, fait courir le **risque qu'ils soient non concluants** (notamment DisCoVeRy) d'autant que le vivier de patients susceptibles d'inclusion décroît dans les pays les plus développés.

Cette situation, selon les académies signataires de l'avis, tient au contexte d'urgence (qui a amené à tolérer des essais insuffisamment rigoureux et trop dispersés), à l'absence d'autorité de l'OMS et au manque de concertation entre les agences nationales du médicament, y compris au sein de l'UE.

2.7. VEILLE SCIENTIFIQUE - Thématique Saisonnalité et SARS-CoV-2

L'essentiel :

1) Si le climat peut jouer un rôle dans la modulation de la pandémie par rapport à la taille et à la fréquence des pics, l'immunité de la population (lorsque l'agent pathogène est nouveau) est un facteur beaucoup plus fondamental de la dynamique de diffusion de la maladie. Aussi, il y aurait un retard mineur dans le pic de l'épidémie de SARS-CoV-2 dans l'hémisphère Sud par rapport à l'hémisphère Nord malgré le décalage de la saison de 6 mois.

2) La durée d'immunité n'impacterait pas la taille du pic épidémique mais aurait un impact sur la date d'apparition du pic suivant.

3) Les régions tropicales et les zones tempérées devraient se préparer à de graves flambées de la maladie ; sans mesures de contrôle efficaces, les températures estivales ne limiteraient pas efficacement la diffusion de l'épidémie.

Susceptible supply limits the role of climate in the early SARS-CoV-2 pandemic;

18/05/2020

<https://science.sciencemag.org/content/early/2020/05/15/science.abc2535>

Rachel E. Baker et al.

Etude de l'Université de Princeton parue dans Science sur l'impact du climat sur la diffusion de la pandémie.

Méthode :

Données sur la transmission de 2 betacoronavirus (HCoV-HKU1 et HCoV-OC43) aux Etats-Unis pour comprendre la dépendance climatique de ces 2 virus. **Modèle SIRS** (susceptibles, infectés, rétablis, susceptibles) pour ces 2 virus avec paramètres variables (dépendance climatique de la transmission, durée de l'immunité suite à une infection) et paramètres fixés en fonction des données de la littérature. Hypothèse selon laquelle la transmission de ces 2 virus dépend de l'humidité de l'air à l'instar du virus Influenza et du virus respiratoire syncytial (VRS) : **un taux faible d'humidité de l'air augmenterait la transmission** provoquant le pic de l'épidémie en période hivernale en latitude Nord.

Adaptation de ce modèle pour des simulations sur l'évolution de la pandémie à SARS-CoV-2 selon 3 scénarii :

- 1^{er} scénario : le SARS-CoV-2 aurait la même sensibilité climatique que le virus Influenza.
- 2^{ème} scénario : le SARS-CoV-2 aurait la même sensibilité climatique et aurait la même durée d'immunité que le virus HCoV-OC43.
- 3^{ème} scénario : le SARS-CoV-2 aurait la même sensibilité climatique et aurait la même durée d'immunité que le virus HCoV-HKU1.

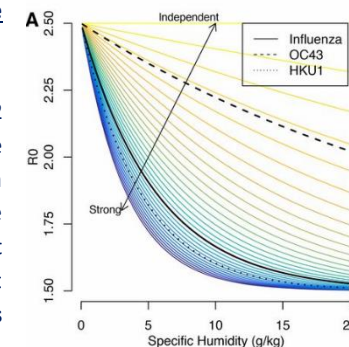
Centre de crise sanitaire - ☎ : 01 40 56 75 11

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Résultats principaux :

A) Transmission du virus en fonction de l'humidité de l'air

Graphique ci-contre présentant la transmission du SARS-CoV-2 (R_0) en fonction de l'humidité de l'air selon les 3 scénarii (type Influenza, type OC43 et type HKU1). Dans les cas extrêmes, la transmission décroît rapidement au fur et à mesure que l'humidité augmente (en bleu) versus la transmission est indépendante de l'humidité (en jaune). Le R_0 maximum est estimé à 2,5. **Influenza et HKU1 dépendent plus des conditions climatiques que OC43.**



B) Simulation de l'évolution mondiale de la pandémie

9 villes ont été choisies (3 dans l'hémisphère Nord, 3 en hémisphère sud, et 3 villes tropicales), chacune avec des paramètres climatiques bien précis. Cf graphes suivants.

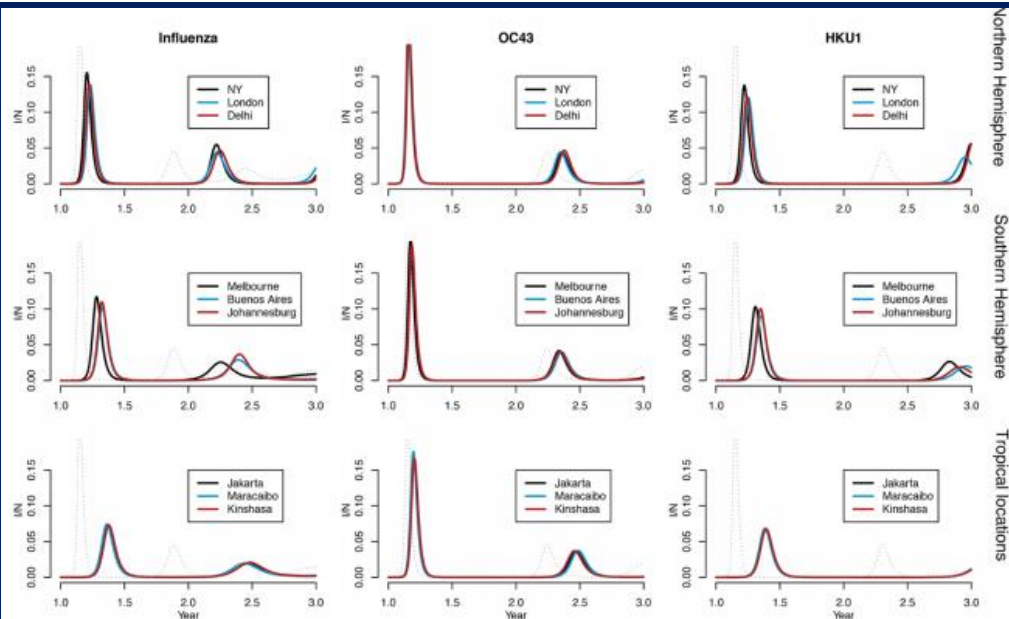
- Pour l'hémisphère Nord, il n'y a pas de différence substantielle sur la taille du pic pandémique selon le scénario, alors qu'il y a des différences climatiques importantes entre New York, Londres et New Delhi.

- Les villes tropicales (Jakarta, Kinshasa, Maracaibo), pour les scénarii Influenza et HKU1, connaissent une **pandémie plus soutenue et de moindre intensité que l'hémisphère Nord**. **L'humidité élevée dans les régions tropicales expliquerait que ces endroits ne connaissent pas les taux de transmission élevés de l'hémisphère Nord**. Néanmoins, la flambée actuelle dans ces villes tropicales reste importante et des facteurs que les auteurs n'explorent pas (tels que la densité de population) pourraient aggraver l'ampleur de l'épidémie.

- Dans l'hémisphère Sud, il y aurait un retard mineur dans le pic de l'épidémie par rapport à l'hémisphère Nord, malgré le décalage de 6 mois de la saisonnalité de l'humidité entre les 2 hémisphères. Pour le scénario OC43, les pandémies sont alignées dans le temps dans tous les endroits et d'une ampleur similaire. Une réponse climatique plus forte pour Influenza et HKU1 entraîne de légères différences régionales.

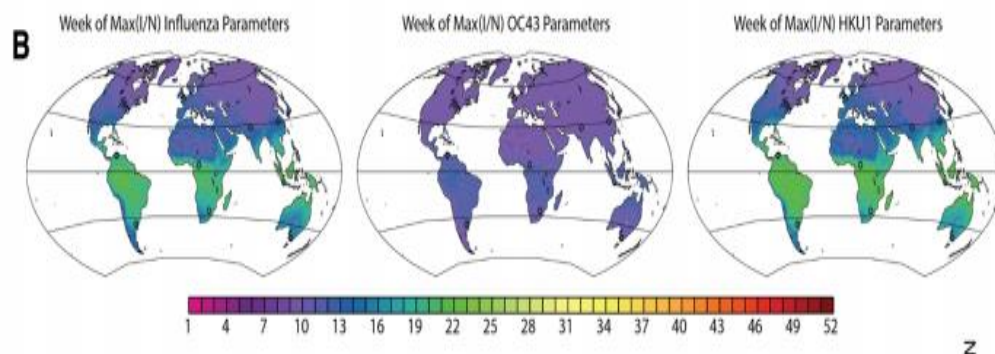
DIFFUSION RESTREINTE

Page 13 sur 17



A noter que leurs paramètres incluent des durées d'immunité différentes selon le scénario. La taille du pic n'est pas affectée par ce facteur mais la date d'apparition du pic suivant en serait un peu impactée par contre. Influenza et HKU1 ont la même sensibilité au climat mais des durées d'immunité différentes qui expliquent les différences de date d'apparition du 2^{ème} pic.

Une simulation de la **semaine d'apparition du pic épidémique** a été faite selon les 3 scénarii :



La date du pic varie peu en fonction de la région du globe et du scénario.

Pendant la période pandémique d'un pathogène émergent, le manque d'immunité de la population c'est-à-dire la grande susceptibilité, est un facteur essentiel de transmission. Les auteurs ont fait des modélisations. Alors que le taux d'humidité module la taille du pic épidémique, la **susceptibilité de la population aurait un impact bien plus important sur ce dernier. Plus le temps passera (en années), plus l'impact du climat augmentera.** Pour un nouveau pathogène, la proportion de personnes susceptibles serait proche de 100% d'où le fort impact de la susceptibilité de la population sur la transmission au début de la pandémie. Le principal déterminant dans la réduction du pic d'incidence est le renforcement de l'immunité de la population sur la période de contrôle de l'épidémie, avec une efficacité élevée démontrée avec un R_0 diminué à 1,3. **Le climat joue un rôle complexe dans le contrôle efficace de l'épidémie** avec des résultats différents dans le réglage de l'efficacité des efforts de contrôle potentiels selon la localisation tandis que la susceptibilité de la population est un moteur fondamental. L'efficacité des mesures locales et des facteurs comme la densité de population et la matrice de contacts pourraient également influencer les résultats. Les études sérologiques seront importantes pour suivre l'évolution de l'immunité dans le temps. L'implémentation de mesures de contrôle permet de gagner un temps crucial pendant que les vaccins et d'autres traitements sont en cours de développement.

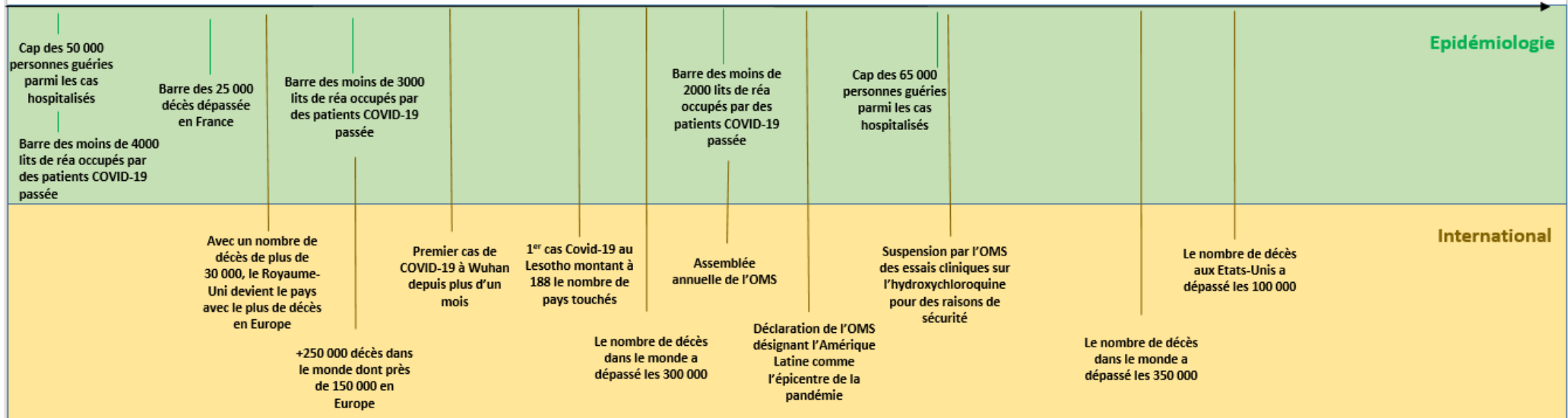
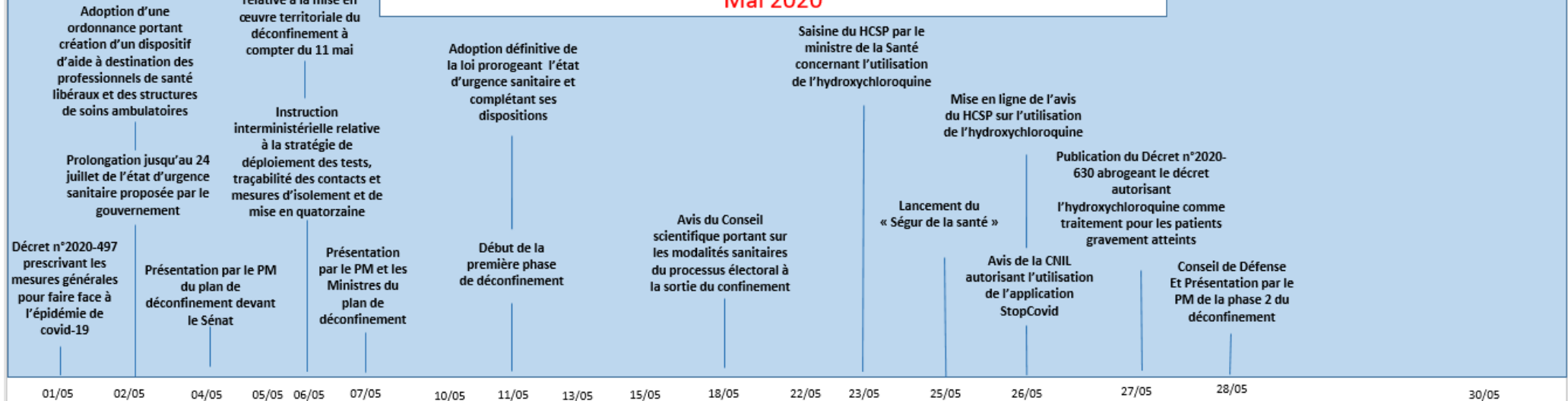
Limites de l'étude : 1) non prise en compte des facteurs démographiques, des matrices de contacts, des spécificités locales de contrôle de l'épidémie, ni de l'impact des fortes précipitations. Seuls les facteurs climatiques ont été pris en compte, sur un modèle de transmission plus urbain que rural. 2) le modèle ne prend pas non plus en compte la protection croisée potentielle contre d'autres infections à coronavirus qui peut contribuer à la saisonnalité des coronavirus endémiques, ce qui signifie que les facteurs climatiques estimés pourraient être encore plus faibles que ce qu'ils suggèrent. 3) les résultats de la grippe et du VRS suggèrent que des précipitations élevées peuvent jouer un rôle dans la transmission notamment dans les régions tropicales.

Conclusion :

Leurs résultats suggèrent que si le climat peut jouer un rôle dans la modulation de la pandémie par rapport à la taille et à la fréquence des pics, l'immunité de la population est un facteur beaucoup plus fondamental de la dynamique de diffusion de la pandémie. Pour la pandémie à SARS-CoV-2, les auteurs démontrent que les **régions tropicales et les zones tempérées devraient se préparer à de graves flambées de la maladie et que, sans mesures de contrôle efficaces, les températures estivales ne limiteront pas efficacement la diffusion de l'épidémie.** Toutefois, cela ne signifie pas que le climat n'est pas important à long terme. Sur le long terme, les cycles endémiques de la maladie seront probablement liés à des facteurs climatiques et les pics saisonniers pourront varier en fonction de la latitude. Une compréhension plus détaillée des facteurs climatiques ainsi que de la durée de l'immunité sera cruciale pour comprendre les implications des mesures de lutte. En outre, les prévisions météorologiques pourraient être utiles pour prévoir les flambées secondaires après la phase initiale de la pandémie.

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Mai 2020

Mesures de gestion



3. RESSOURCES MATERIELLES CRITIQUES

Actions réalisées

Médicaments : circuit d'importation des médicaments formalisé

Actions en cours

EPI (hors masques) : préparation d'une livraison de 1M de surblouses (50/50 ES et ESMS), 3,5 M de tabliers (ESMS), 8 M gants (50/50 ESMS et dentistes)

Demande de recommandations concernant les gants d'examen adressée à la SF2H faite le 26/05

Médicaments : réflexion en cours pour un passage d'une distribution en flux poussé vers une distribution en flux tiré

Points de vigilance :

EPI (hors masques) : le circuit de distribution pour les professionnels de ville reste à définir.

Médicaments : attention portée sur la bonne fluidité du circuit de distribution des produits importés.

Masques : prévisions de distribution tendues la semaine prochaine (a priori autour de 75 M de masques disponibles contre 100 M dans la doctrine) donc priorisations à effectuer.

Arbitrages en cours :

Proposition pour une nouvelle stratégie d'approvisionnement sanitaire en cours de validation par la CIC synthèse (prévue le 03/06)

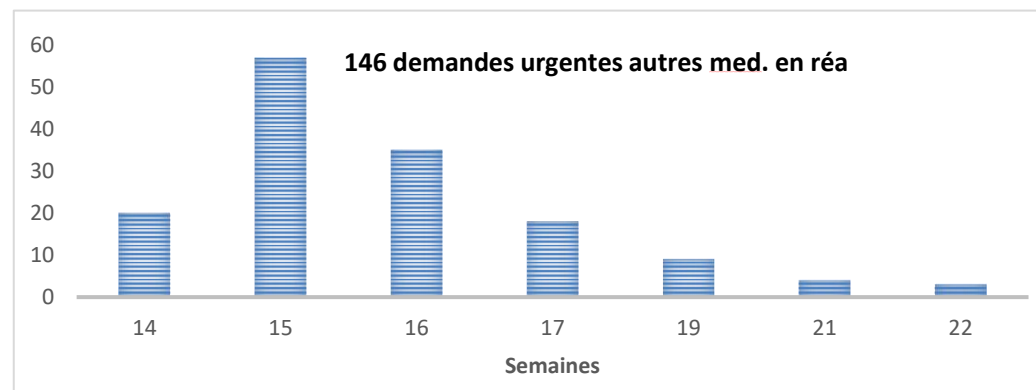
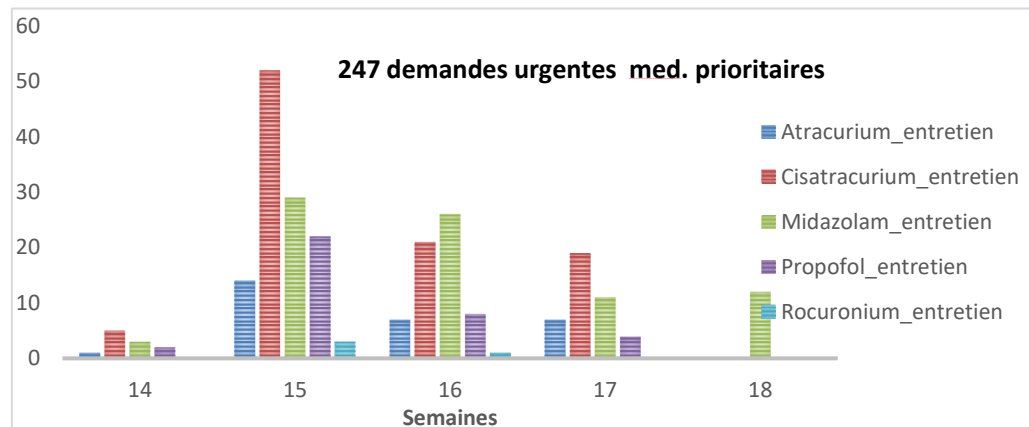
centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Gestion des demandes urgentes

Bilan national des semaines 14 à 22 pour les médicaments utilisés en réanimation :

- Pour les 5 molécules prioritaires, 247 demandes urgentes jusqu'à la mise en place du dispositif national d'approvisionnement en sem. 18
- Pour les autres médicaments utilisés en réanimation : 146 demandes, avec un pic en semaine 15, puis une décroissance progressive. Moins de 5 demandes sem. 21 et 22. Médicaments principalement concernés : Etomidate, Sufentanil, Dexmedetomidine, Nozinan et Suxamethonium.

Le pic des demandes de la semaine 15 correspond au pic de l'épidémie. Dès la mise en place du dispositif national d'approvisionnement des molécules critiques les demandes urgentes de médicaments ont cessé.



393 demandes entre semaine 15 et semaine 22



97 demandes de cisatracurium



29 demandes d'atracurium



4 demandes de rocuronium



81 demandes de midazolam



36 demandes de propofol



146 autres demandes

DIFFUSION RESTREINTE

4. POINT DE SITUATION DE LA LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS

- Stocks stratégiques définis avec cellule RMC; programmation pour le début du mois d'août de la stabilisation des stocks EPI
- Travaux en cours pour sécurisation process qualité en vue de la libération rapide des entrepôts GEODIS en Chine

ANTICIPATION LOGISTIQUE

Définition stocks stratégiques:

- EPI définis + planification pour début août de la constitution du stock
- Biologie: définition à 1 mois d'activité de test + planification de la constitution du stock en cours

ACHATS

EPI : Gants 4S TRADING : criblage effectué pour 400 M d'unités

OUTRE-MER

Formalisation panorama de la situation logistique AVAL en vue du CDSN de mercredi 3/06.

TRANSIT

Pont aérien :

S22 : 5 (+1) vols arrivés / 7 vols prévus.

Voie maritime (VM) :

VM01 et VM02 en mer. VM03 départ 02/06.

RESSOURCES / APPROVISIONNEMENTS

DOUANES, IMPORT et DONS

coordination avec douanes St-Pierre et Miquelon pour masques, blouses et matériels de réanimation pour CH François DUNAN

LOG AVAL - URGENCES et FLUX PARTICULIERS

EPI: 20 000 surblouses et 3000 gants livrés à la demande de l'ARS HdF pour les GHT (GHT Oise Ouest et Vexin, GHT Oise Sud, EPSM Flandres). 5 000 masques pédiatriques > 5 ans livrés à la demande de l'ARS N-Aquitaine (GHT Béarn-Soule).

Biologie: 5400 écouvillons livrés au CHU de Poitiers; réassort de consommables pour 16 plateformes MGI.

LOGISTIQUE AVAL – FLUX PLANIFIES

GHT :

Préparation S22 conforme doctrine ;
Planification S23.

Officines :

Préparation S22 (livrée sur S22-S23) ;

LABM : préparation

livraison EPI en S24
200 K blouses
200 K masques
400 K paires gants

Médicaments :

livraison en cours par les dépositaires du réassort S22

POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES

Masques CHIR: Préparation flux officines- passage en flux tirés la semaine du 15/06 à arbitrer mardi 2/06

Biologie-dépistage: contrat DUTSCHER encore en cours