

Mercredi 24 juin 2020 à 17h00

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données du 24/06/20 à 14h30)

- **Total cas confirmés : 9 289 255 (+ 165 062)**
- **Total guéris : 4 548 713 (+ 108 452)**
- **Total décès : 478 160 (+5 477)**
- **Total pays/territoires touchés : 188 (+0)**

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE UE/EEE ET RU

(Source : ECDC, données du 24/06/20)

- **Total cas confirmés : 1 524 111 (+5 860 en 24h)**
- **Total décès : 175 456 (+488 en 24h)**

EUROPE

Allemagne : Après un foyer de contamination au Covid-19 découvert dans le plus grand abattoir d'Europe, les Allemands vont reconfiner **600 000 personnes**. Il n'y a pas d'obligation de rester chez soi, mais les déplacements sont limités. Dans un quartier de la ville de Verle, placé sous surveillance, une campagne de tests est menée.

Dans certaines régions, des mesures drastiques sont imposées. En Bavière, les séjours dans les hôtels sont interdits aux personnes venant de régions à risques. Une région du nord du pays leur impose une quatorzaine. Plusieurs immeubles entiers de Berlin sont placés dans une quarantaine drastique.

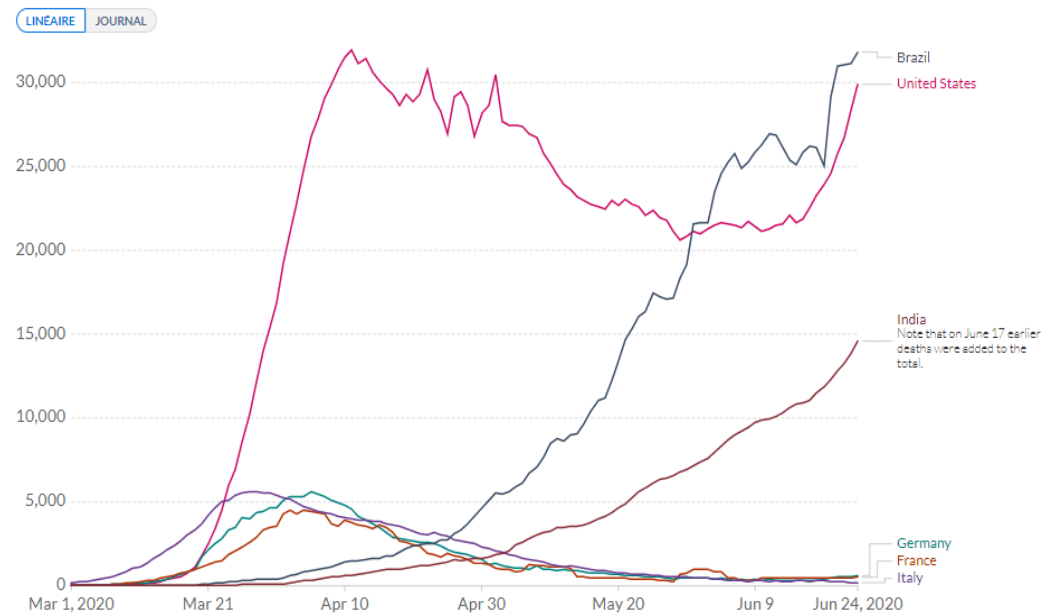
Iran : Le vice-ministre iranien de la Santé Aliréza Raïsi a appelé mercredi la population à porter un masque, l'Iran enregistrant son plus haut nombre de décès quotidiens liés au nouveau coronavirus depuis début avril.

Portugal : le Premier ministre Antonio Costa a annoncé de nouvelles mesures sanitaires dans la région métropolitaine de Lisbonne, qui sont entrées en vigueur ce mardi, après plusieurs rassemblements de jeunes décriés au cours du week-end et l'enregistrement de 9 000 nouveaux cas de Covid-19 en un mois. Les rassemblements de plus de dix personnes sont de nouveau interdits et les cafés et les commerces doivent fermer à 20 heures.

Italie : 28 migrants secourus en Méditerranée testés positifs au Covid-19, puis placés en quarantaine sur un ferry dans un port sicilien, a annoncé le président de la région Sicile, Nello Musumeci.

Nouveaux cas confirmés de COVID-19 quotidiennement

La moyenne mobile sur 7 jours est indiquée. Le nombre de cas confirmés est inférieur au nombre de cas réels; la raison principale est que les tests sont limités



ÉTATS-UNIS : la situation s'aggrave aux États-Unis. Alors que l'Union européenne s'apprête à rouvrir ses frontières extérieures à partir du 1er juillet, elle envisage d'interdire son territoire aux Américains, en raison de la pandémie de Covid-19, toujours vivace aux États-Unis, indique le New York Times mardi 23 juin. Une fois que les représentants de chaque pays se seront mis d'accord sur une liste définitive, elle sera présentée, comme recommandation, avant le 1er juillet.

ASIE : l'épidémie de coronavirus s'accélère en Inde, avec un nombre record de 15.000 nouveaux cas et plus de 400 morts recensés en l'espace de 24 heures lundi 22/06, poussant plusieurs ambassades à alerter leurs ressortissants sur une possible saturation des structures hospitalières. Le taux de mortalité est certes plus bas en Inde que dans d'autres pays comptant le même nombre de cas, mais les experts en santé publique s'inquiètent de la capacité des hôpitaux à faire face à une hausse drastique et rapide du nombre de malades.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

161 348 cas confirmés en France (+81 en 24h)

75 127 personnes guéries parmi les patients hospitalisés (+256 en 24h)

9 299 patients hospitalisés dont :

- **192 lits en moins** occupés en 24h
- **97 nouveaux** patients hospitalisés en 24h

658 patients admis en réanimation pour le COVID-19 :

- **24 lits en moins** occupés en 24h
- **8 nouveaux** patients en réanimation en 24h

29 731 décès (+11 en 24h) dont :

- **19 243 décès** en milieu hospitalier (+11 en 24h)
- **10 488*** décès en EHPAD / autres EMS

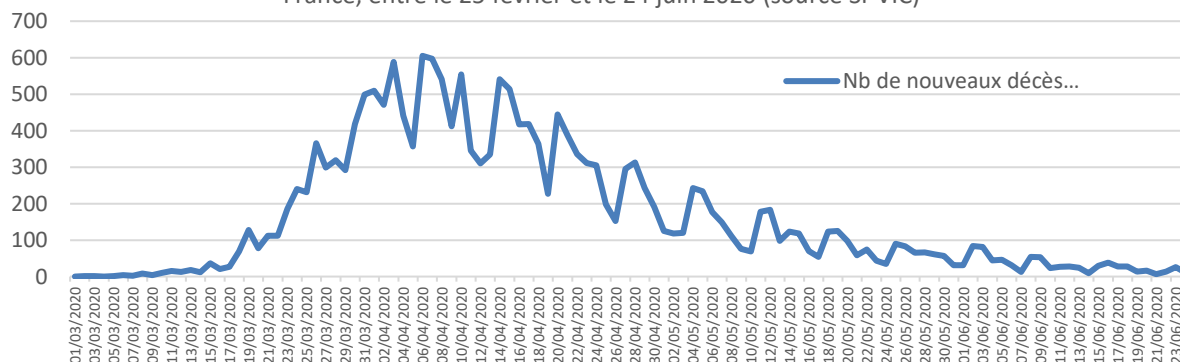
* Données du 22/06

Données issues de SI-DEP : Entre le 15 juin et le 21 juin 2020, 216 593 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, le taux de positivité était de 1,5% et le taux d'incidence de 4,9 pour 100 000 habitants.

Dispositif « Contact Covid », depuis le 13 mai 2020 jusqu'au 23 juin 2020 :

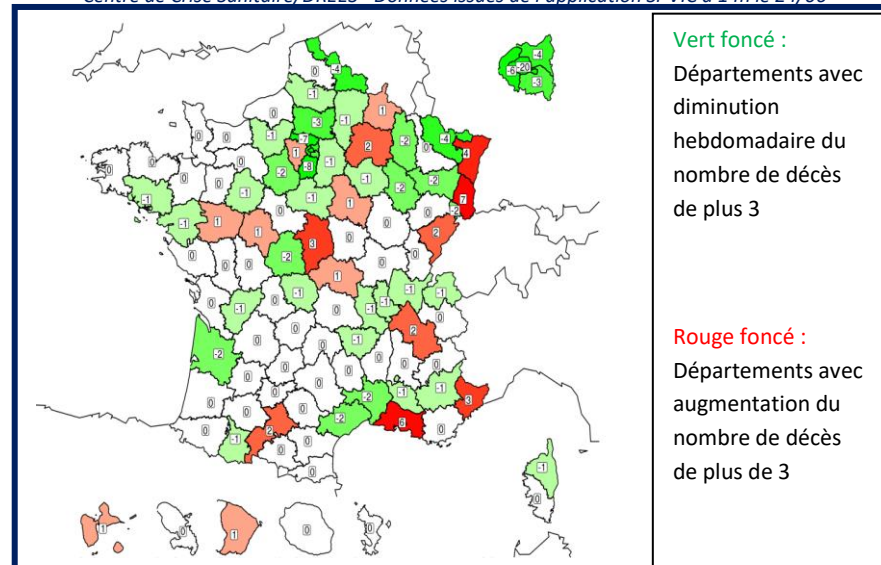
- Au cours des dernières 24h, 342 patients confirmés ont été contactés par la CNAM
- Au cours des dernières 24h, 1 460 personnes contacts ont été contactées par la CNAM
- En moyenne, cette dernière semaine, 4,5 personnes contact pour 1 cas confirmé

Evolution du nombre journalier de nouveaux décès hospitaliers liés au COVID-19, France, entre le 25 février et le 24 juin 2020 (source SI-VIC)



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 24/06



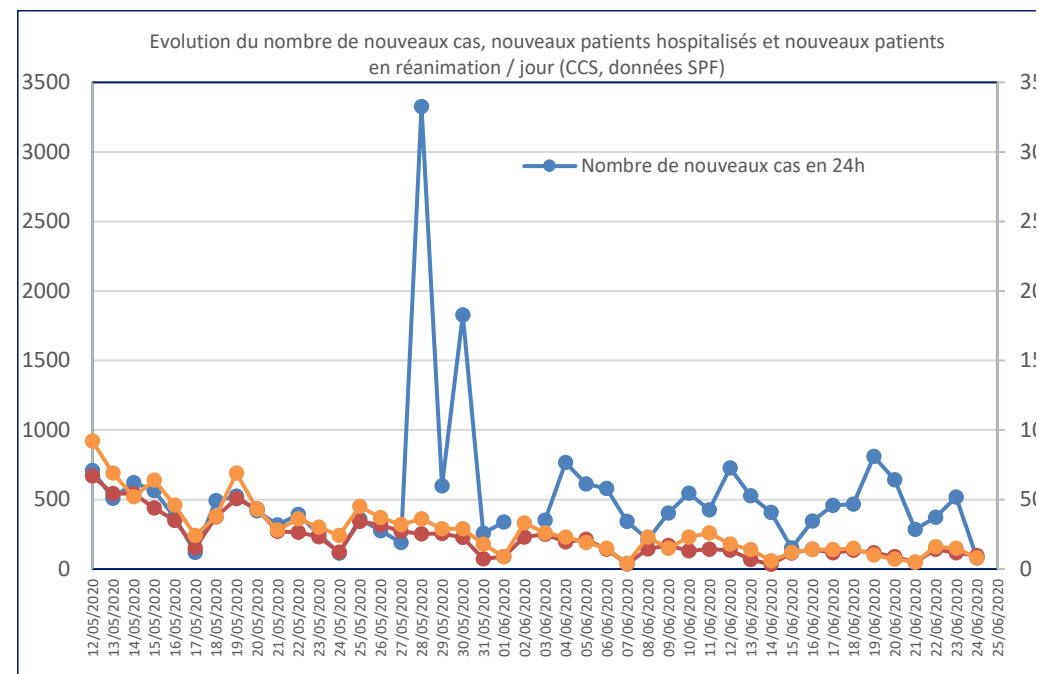
Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 24 juin (14h) :

Source SPF

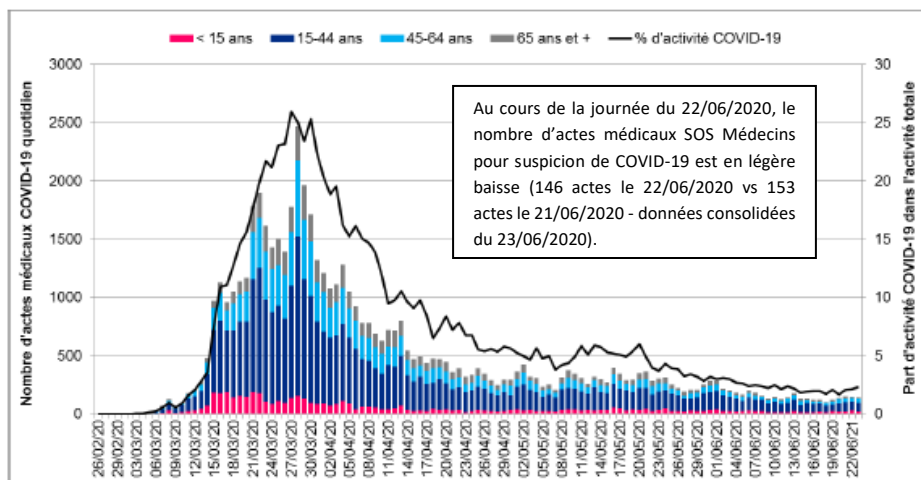
Région	Le 24 juin 2020			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours N (%)	Dont réanimation N (%)	Soins aux urgences N (%)	Retours à domicile N (%)	Décès N (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	571 (6%)	32 (5%)	0 (0%)	7 625 (10%)	1 728 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	162 (2%)	13 (2%)	1 (1%)	3 816 (5%)	1 036 (5%)
Bretagne	107 (1%)	3 (0%)	1 (1%)	1 250 (2%)	258 (1%)
Centre-Val de Loire	434 (5%)	18 (3%)	0 (0%)	1 932 (3%)	543 (3%)
Corse	14 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	244 (0%)	59 (0%)
Grand Est	1 228 (13%)	62 (9%)	20 (13%)	11 981 (16%)	3 546 (18%)
Guadeloupe	6 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	80 (0%)	15 (0%)
Guyane	116 (1%)	14 (2%)	0 (0%)	282 (0%)	9 (0%)
Hauts-de-France	1 073 (12%)	71 (11%)	5 (3%)	6 214 (8%)	1 820 (9%)
Ile-de-France	4 233 (46%)	321 (49%)	111 (72%)	27 190 (36%)	7 407 (38%)
La Réunion	22 (0%)	4 (1%)	0 (0%)	134 (0%)	1 (0%)
Martinique	14 (0%)	5 (1%)	0 (0%)	89 (0%)	14 (0%)
Mayotte	37 (0%)	7 (1%)	0 (0%)	339 (0%)	27 (0%)
Normandie	238 (3%)	10 (2%)	3 (2%)	1 616 (2%)	430 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	121 (1%)	14 (2%)	1 (1%)	2 136 (3%)	412 (2%)
Occitanie	92 (1%)	13 (2%)	0 (0%)	2 857 (4%)	510 (3%)
Pays de la Loire	183 (2%)	6 (1%)	0 (0%)	2 035 (3%)	467 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	603 (6%)	36 (5%)	10 (6%)	5 297 (7%)	941 (5%)

Nombre de patients testés et de patients positifs pour le SARS-CoV-2, taux de positivité, d'incidence et de dépistage, par région ; France entière, sur 7 jours glissants, du 12 juin au 20 juin 2020 (Source SI-DEP)

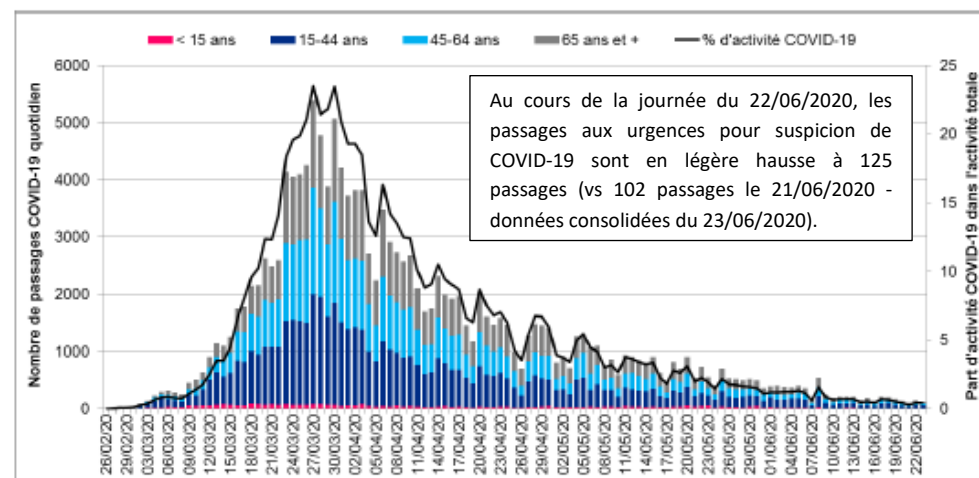
Région	Nombre de patients testés	Nombre de patients positifs	Taux de positivité (%)	Taux d'incidence pour 100,000	Taux de dépistage pour 100,000
France	216 593	3 308	1,5	4,9	322,7
Auvergne-Rhône-Alpes	21 645	201	0,9	2,5	269,5
Bourgogne-Franche-Comté	9 045	51	0,6	1,8	325,0
Bretagne	6 459	22	0,3	0,7	193,4
Centre-Val de Loire	6 659	70	1,1	2,7	260,2
Corse	1 204	4	0,3	1,2	349,3
Grand Est	27 461	390	1,4	7,1	498,2
Guadeloupe	844	7	0,8	1,9	223,9
Guyane	3 201	888	27,7	305,5	1 101,2
Hauts-de-France	18 382	268	1,5	4,5	308,3
Ile-de-France	44 497	733	1,7	6,0	362,4
La Réunion	3 440	10	0,3	1,2	400,0
Martinique	1 027	8	0,8	2,2	286,3
Mayotte	710	115	16,2	41,2	254,1
Normandie	9 904	139	1,4	4,2	299,8
Nouvelle-Aquitaine	12 085	45	0,4	0,8	201,4
Occitanie	16 777	100	0,6	1,7	283,2
Pays de la Loire	10 670	106	1,0	2,8	280,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20 582	129	0,6	2,6	407,1
Saint-Barthélemy	95	1	1,1	10,2	970,1
Saint-Martin	75	0	0,0	0,0	209,8
Saint-Pierre-et-Miquelon	1	0	0,0	0,0	16,6



Nombre quotidien d'actes SOS médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19 par classe d'âges - Source SOS Médecins, France, 24 juin 2020



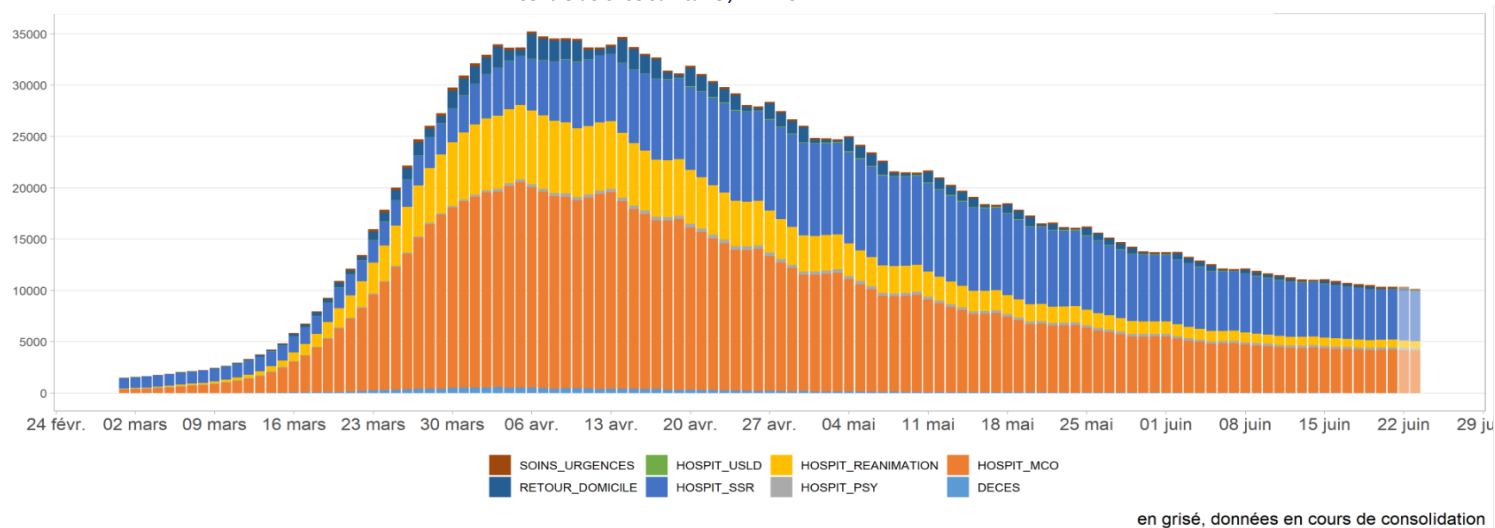
Nombre quotidien de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge (source SPF, données OSCOUR) 24 juin 2020



2.2. OFFRE DE SOINS ET PRISE EN CHARGE

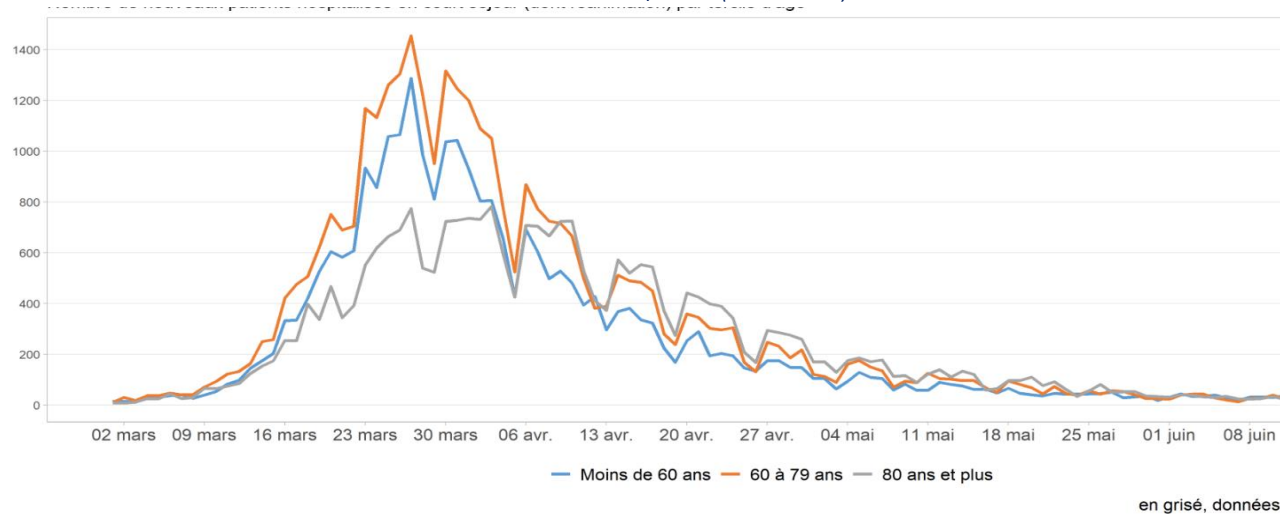
Evolution quotidienne du nombre de patients en cours d'hospitalisation, sortis ou décédés

Centre de crise sanitaire / DREES



Nombre de nouveaux patients hospitalisés en court séjour (dont réanimation) par tercile d'âge

Centre de crise sanitaire / DREES (Source SI-VIC)



GUYANE

(269 000 habitants)

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE GLOBALE AU 23 JUIN 2020 (SOURCE-DONNEES ARS) :



COVID

Mardi 23 juin Info



Point épidémiologique

Localisation géographique des cas en Guyane :
Saint-Laurent du Maroni, Kourou, Île de Cayenne, Maripasoula, Grand-Santi, Saint-Georges, Macouria, Camopi, Papaïchton, Apatou, Mana, Montsinéry-Tonnegrande, Iracoubo, Roura, Sinnamary, Régina.

Depuis le
4 mars 2020

2 593

Cas confirmés

Dont :

1 016 Patients guéris

101 Patients hospitalisés
(en Guyane hors réanimation)

15 Patients en réanimation
(en Guyane)

04 EVASAN

08 Décès

Le 23 juin 2020

135

Nouveaux cas
confirmés

44

Patients guéris
supplémentaires

0

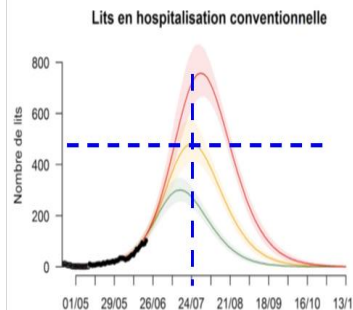
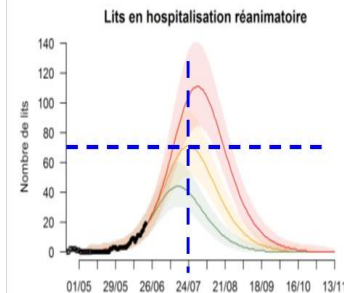
Patient hospitalisé
supplémentaire

Les patients déclarés **POSITIFS** sont systématiquement **contactés par téléphone**.
Veuillez à bien **débrancher** aux numéros privés et à consulter votre répondeur.

TOUS les patients concernés bénéficient d'une surveillance attentive
des équipes médicales.

SAUVEZ DES VIES
RESTEZ PRUDENTS

Modélisation épidémiologique (nouvelle estimation du 22 Juin 2020)



■ Données du modèle

- ▶ Taux de transmission à 1.8
- ▶ Probabilité d'admission en réanimation (en ↓) à 14%

■ Hypothèse « moyenne » retenue avec au 24 Juillet 2020

- ▶ 70 lits de soins critiques
- ▶ ~400 lits d'hospitalisation conventionnelle

■ Hypothèse faite en cas de reconfinement

- ▶ Pic de lits de réanimation
 - Si 27/06: 46 lits
 - Si 04/07: 59 lits
- ▶ Pic d'HC ~300

MISSION D'APPUI SANITAIRE EN GUYANE : JOUR 4

- 5^{ème} journée de la mission d'appui sanitaire (3 professionnels dont 1 représentant du Centre de crise sanitaire).
- Mise à jour des projections épidémiologiques (modèle Pasteur).
- Poursuite de l'évaluation de la situation sanitaire, du capacitaire hospitalier, de la coordination des renforts de professionnels de santé et de la stratégie d'EVASAN.
- Rencontre avec les professionnels des établissements de santé du territoire (CHAR, CHOG).
- Arrivée du module ESCRIM (Elément de Sécurité Civile Rapide d'Intervention Médicale) qui sera opérationnel ce week-end. 20 lits picots seront déployés
- EVASAN programmée le 24/06 pour 2 patients.
- La situation des clusters reste inchangée (16 clusters dont 3 à diffusion communautaire : Saint Georges, Camopi, et Rémire-Montjoly en Guyane).
- Réserve sanitaire : 132 professionnels de santé sont mobilisés en Guyane. Une quarantaine de professionnels de santé supplémentaires pourraient intervenir sous 48 heures.

MAYOTTE

(257 000 habitants)

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE GLOBALE AU 24 JUIN 2020 (SOURCE-DONNEES ARS) :

2 467 (+15) cas confirmés à Mayotte		
	Suivi des cas à Mayotte	Suivi des évacuations sanitaires vers La Réunion
Patients officiellement guéris (mise à jour le 24.06)	2 218	5 rentrés à domicile
Hospitalisations	36	16
dont le nombre de patients dans le service de médecine	19	-
dont le nombre de patients dans le service de réanimation	8	3
Décès (depuis le début de la crise covid)	32	2
Nombre de tests réalisés : + 10 600		

DEPISTAGE :

809 tests réalisés en laboratoires privés

9 803 test réalisés au CHM

RESERVE SANITAIRE : Arrivée le 17/06 de la 6ème rotation: 4 personnes en renfort sur l'ARS (2MISP, 1 pharmacienne et 1 IDE). Prises de poste le 18/06, en renfort aux médecins de l'ARS, au contact- tracing et à l'équipe mobile

CLUSTERS IDENTIFIES

- 16 clusters ont été identifiés à Mayotte, 14 était clôturés et 1 est maîtrisé et 1 en cours d'investigation.
- 1 cluster en cours d'investigation de niveau de criticité élevé (Source SPF) : en établissement pénitentiaire
- Contact tracing difficile par défaut de coordonnées téléphoniques valides
- Constat d'un nombre de cas + refusant de collaborer (car déni de la maladie)
- Contact tracing CSSM: 11 agents de la caisse de sécurité sociale font le contact tracing de niveau 2, coordonné par l'ARS et SpF depuis le 17/06/2020.

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 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

02/06/2020 : Seconde phase de déconfinement

03/06/2020 : Installation de la commission d'enquête à l'Assemblée nationale

14/06/2020 : Allocution du Président de la République

20/06/2020 : Annonce par le Premier Ministre de nouvelles mesures pour la période estivale

22/06/2020 : Troisième phase de déconfinement

➤ AVIS D'EXPERTISE DONT LES PUBLICATIONS EN COURS DE DIFFUSION

- **Avis du Haut conseil de la santé publique du 20 juin 2020** sur les préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation physique à mettre en œuvre dans les taxis et véhicules de co-voiturage, en phase 3 du déconfinement

- **Avis du Haut conseil de la santé publique du 19 juin 2020** sur la reprise de l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid-19

- **Avis du Haut conseil de la santé publique du 18 juin** sur les préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation physique à mettre en œuvre dans les espaces clos recevant du public en position assise), dans les lieux organisant des manifestations sociales (ex. mariages), dans les transports en commun dont les navires de croisière, en phase 3 du déconfinement.

➤ MOBILISATION DES RENFORTS

Depuis le 26 janvier, la mobilisation de la réserve sanitaire représente **18 463 jours-réservistes**

➤ APPLICATION STOPCOVID

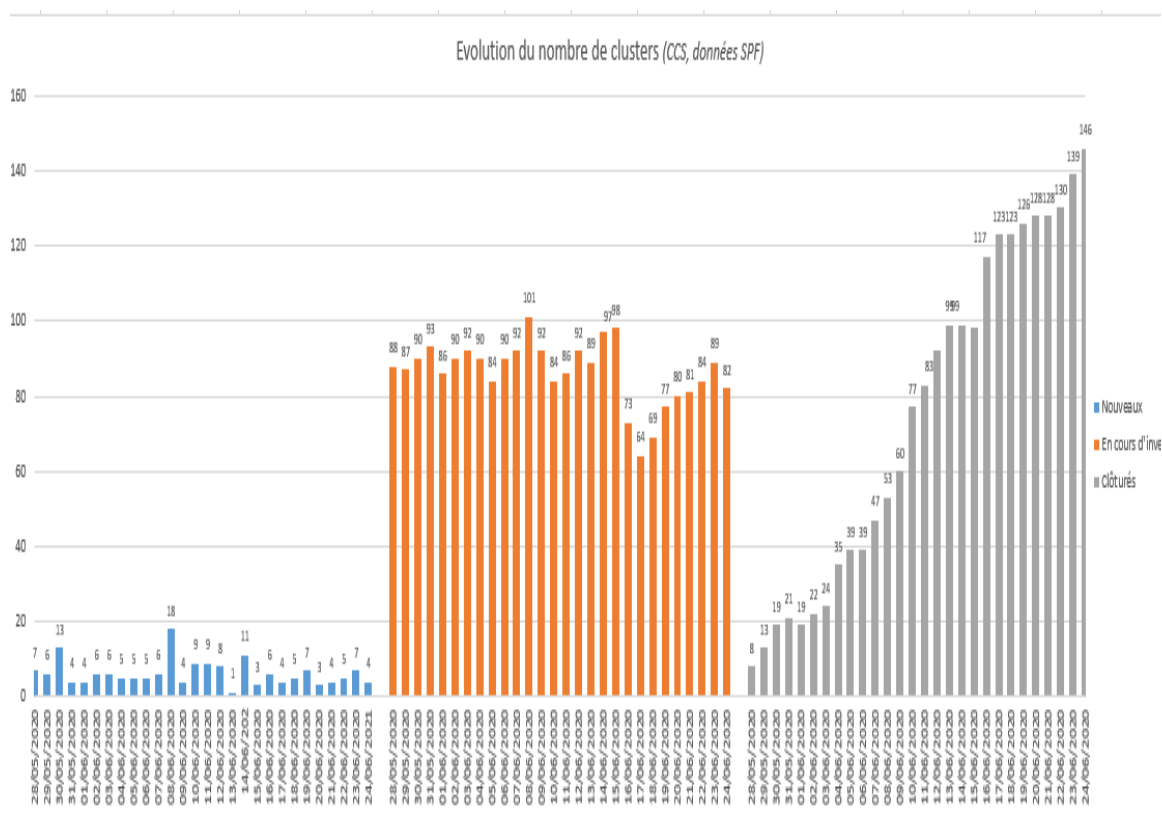
- ➔ Nombre d'utilisateurs ayant activé l'application mobile avec succès : 1 857 732
- ➔ Total de 75 QR codes scannés
- ➔ Total de 14 contacts à risques notifiés et 2 à notifier
- ➔ 22 QR codes scannés et 9 personnes notifiées/à notifier à ce jour.

2.4 SYNTHÈSE DU SUIVI DES CLUSTERS (Bilan SPF du 24/06/2020)

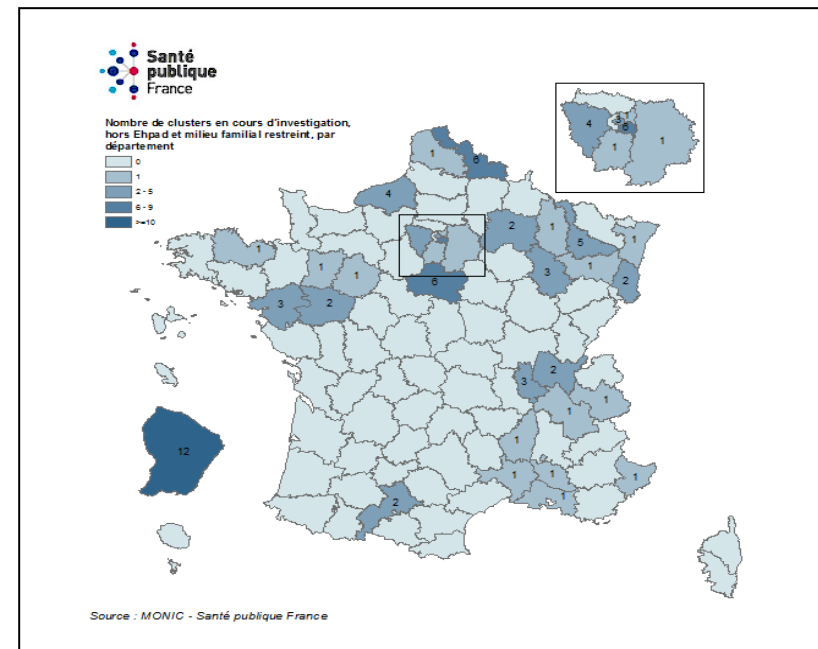
Total de 272 clusters (Hors EHPAD et milieu familial restreint) depuis le 09/05, dont actuellement :

- **82** en cours d'investigation
- **3** avec diffusion communautaire (Saint Georges, Camopi et Rémire-Montjoly, Guyane)
- 41 maîtrisés
- 146 clôturés

Au cours des dernières 24h, **4 nouveaux clusters**



Cartographie par département des clusters hors Ehpad et milieu familial restreint, en cours d'investigation, au 24 juin 2020 (N=82)

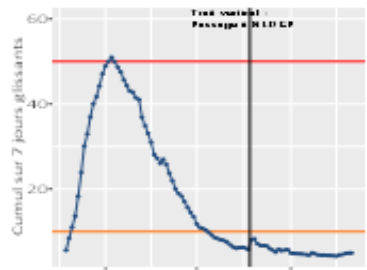


Total de 272 clusters, dont 4 nouveaux au 24/06/2020

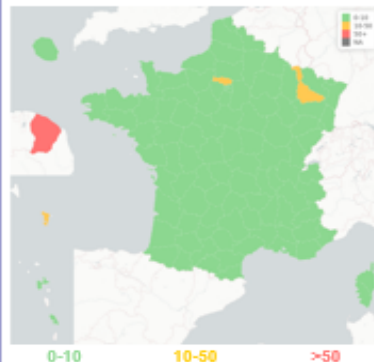
1 en Pays-de-la-Loire (44)	Nantes(44) : Établissements de santé. Limité
1 en Occitanie (31)	Toulouse(31) : Milieux professionnels (entreprise). Modéré
1 en IDF (94)	Créteil(94) : Établissements de santé. Modéré
1 en Grand-Est (52)	Chaumont(52) : Établissements de santé. Modéré

Taux d'incidence

4,93 / 100 000 habitants

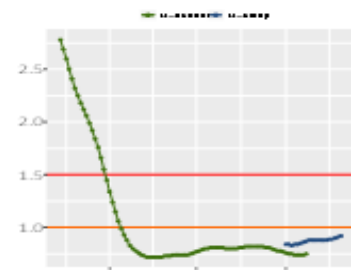


Nb de tests RT-PCR positifs pour 100 000 habitants - cumul sur 7 jours glissants (Données SI-DEP)

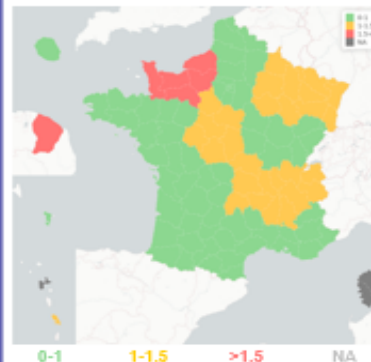


R - Taux de reproduction effectif

0,92

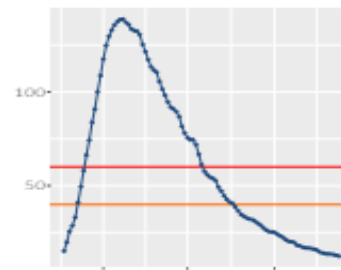


Taux de reproduction de la COVID-19 en France (Données SI-DEP)

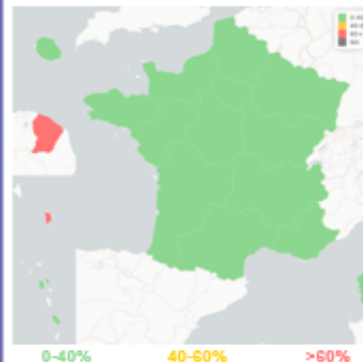


Taux d'occupation des lits en réa

12,5%



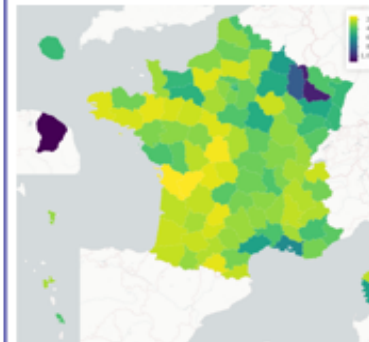
Taux d'occupation des lits en réa/USC par des patients COVID par rapport à la capacité initiale en réa (Données SI-VIC + SAE)



Tests RT-PCR réalisés

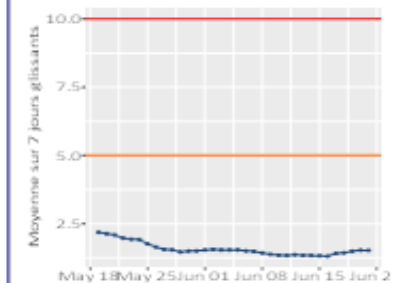
233 865

Nombre de tests RT-PCR réalisés pour 100 000 habitants - cumul sur 7 jours glissants (Données SI-DEP)

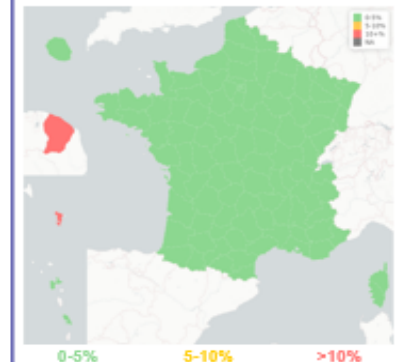


Taux de positivité tests RT-PCR

1,53%



Taux de positivité des tests RT-PCR réalisés - cumul sur 7 jours glissants (Données SI-DEP)



Analyse de la situation – points d'attention

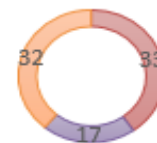
- Estimation du R effectif désormais basé sur les données SI-DEP (tests RT-PCR positifs) et non plus d'Oscour (passages aux urgences). Les R doivent être mis en perspective des autres indicateurs et ne sauraient à eux seuls justifier une alerte sur une région donnée, notamment dans un contexte d'incidence faible.
- La valeur du R en Normandie s'explique par les dépistages menés autour des clusters déjà identifiés. En Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire et dans le Grand-Est, le passage du seuil de vigilance ($R > 1$) n'est pas significatif.
- Le virus continue à circuler comme le montre le nombre de nouveaux clusters identifiés.
- Mayotte : La situation épidémiologique semble se stabiliser, mais maintien de la circulation du virus à un niveau élevé.
- Guyane : Intensification de la circulation communautaire du virus, pic prévu pour mi-fin juillet par les épidémiologistes. 3 clusters avec un statut de diffusion communautaire.

Focus clusters

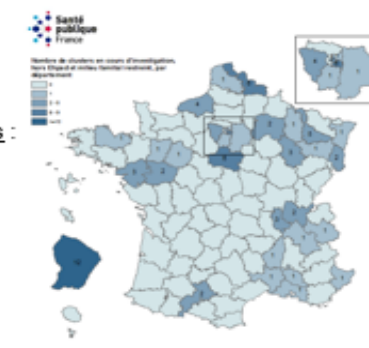
82 clusters en cours d'investigation

272 clusters identifiés depuis le 09/05 (+4 en 24h)
hors EHPAD et milieu familial restreint.

Répartition des niveaux de criticité des clusters en cours :



Elevée Limitée Modérée



Source : OSCOUR - Santé publique France

2.5. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le Ministère du travail vient de publier un nouveau protocole sanitaire assoupli pour les entreprises

Pour prendre en compte l'amélioration de la situation sanitaire et accélérer le retour des salariés sur leur lieu de travail, les évolutions seraient les suivantes :

- le télétravail ne constituerait plus la norme à privilégier (sauf pour les travailleurs à risque de forme grave de Covid-19) ;
- la règle des 4 m2 minimum autour de chaque salarié laisserait place à un mètre de distance entre deux personnes, et au port du masque en cas d'impossibilité ;
- un référent Covid, chargé de faire respecter les règles sanitaires, serait désigné dans chaque entreprise.

L'OMS a publié le 23 juin 2020 un document de doctrine de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) sur l'impact du Covid19 sur la mobilité et les migrations internationales Enjeux

- Les restrictions imposées aux mobilités internationales affectent sévèrement les nombreux pays ayant une forte activité touristique, des travailleurs migrants et saisonniers, ou bénéficiant de l'aide internationale.
- La crise sanitaire va modifier fondamentalement les politiques migratoires. Les Etats devront rapidement prendre des décisions en matière d'immigration et de contrôle des frontières.
- Les Etats connaîtront vraisemblablement dans les prochaines années plusieurs vagues de COVID-19, à divers intervalles et avec des contextes locaux variables. Il est donc urgent de mettre en œuvre une approche globale de la gestion des frontières, avec des règles sanitaires internationales communes. Cela nécessitera de parvenir à intégrer dans un même processus les programmes d'évaluation de santé avant le départ, les politiques sanitaires, de gestion des frontières et de mobilité.

Recommandations

- L'émergence de multiples vagues et clusters du Covid19 à travers le monde se traduira par des fluctuations importantes dans la mise en œuvre, le retrait et la réintroduction de mesures de restrictions des voyages et de fermeture des frontières. Les gouvernements devront prendre en compte ces fluctuations dans la mise en œuvre de leurs procédures de santé publique aux frontières.
- Une intégration plus systématique des politiques sanitaires et de mobilité internationale passera nécessairement par une évolution radicale des accords de partenariats et de coopération internationale. Il faudra en particulier réunir les sujets des échanges commerciaux, de la mobilité et de la santé publique dans une politique de gestion des frontières intégrée et coordonnée.

- Les Etats devront veiller à ce que les mesures prises soient nécessaires, proportionnées, objectives (fondées sur l'évolution de la recherche scientifique) et non discriminatoires, dans le strict respect des droits de l'homme, et du droit à la vie privée. Les mesures devront être fondées sur une évaluation des risques attentive, et réévaluées régulièrement en fonction de l'évolution de la situation, dans le cadre d'un partage international de l'information.
- La pandémie du COVID-19 démontre clairement le besoin d'un investissement fort dans la sécurité sanitaire globale, élément clé de la gestion des politiques migratoires, mais aussi d'un dialogue global, qui reconnaisse davantage le lien étroit existant entre mobilité et commerce. La réponse apportée à cette crise sanitaire constitue une occasion d'approfondir cette approche.

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/covid-19-latest-updates>

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a publié le 18 juin une étude sur les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement.

Cette étude a pour objectif de déterminer l'ampleur de la survenue de détresse psychologique dans la population française au cours des premières phases du confinement, et d'en identifier les facteurs associés.

La première vague d'enquête montre que la survenue d'une détresse psychologique est observée chez un tiers des répondants.

Si le fait d'être exposé au virus en constitue un facteur de risque, les conditions et conséquences du confinement semblent jouer le rôle le plus marqué. Certains segments de la population particulièrement à risque ont été identifiés, notamment les femmes, les personnes vivant avec une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien social, celles confinées dans des logements sur-occupés et celles dont la situation financière s'est dégradée.

Ces résultats encouragent le développement d'actions ciblées à destination de ces populations, que ce soit pour favoriser leur accès aux soins de santé mentale ou pour modérer l'impact social et économique de nouvelles mesures de confinement si elles devaient être reproduites.

<https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-249-les-inegalites-face-au-risque-de-detresse-psychologique-pendant-le-confinement-premiers-resultats-enquete-coclico.html>

Audition le 18 juin 2020 à l'Assemblée Nationale du Professeur Jean-François Delfraissy, président du Conseil Scientifique (CS), dans le cadre de la Commission d'enquête. 3 membres du CS l'ont accompagné: Lila Bouadma, Bruno Lina et Arnaud Fontanet. *Durée de l'audition : 2h35.*

Propos liminaires du Président en 5 points :

- 1) Qui ils sont : comité multidisciplinaire mis en place le 11 mars réunissant des scientifiques mais également un représentant de la société civile. Membres choisis avec la conseillère Santé de l'Elysée et le Ministre de la Santé. Intelligence collective au service du citoyen, comité d'experts auprès du Gouvernement.
- 2) Mode de fonctionnement : +100 réunions en 3 mois, par téléphone. Mécanisme de construction commune s'appuyant sur l'interdisciplinarité, avec décisions collégiales = mode de travail de la médecine moderne. **Transparence souhaitée**, l'ensemble des membres a déposé une DPI fin mars. Il insiste sur la nécessité d'améliorer la gouvernance entre le central et le régional, le central et les territoires pour +de fluidité.
- 3) Relations avec les agences et structures académiques : SPF observateur quasi permanent, HCSP au sein du groupe. Nombreuses interactions avec l'Académie.
- 4) Liens avec les politiques : le CS a été nommé par le politique pour **l'éclairer de façon indépendante**, sur une crise sans précédent avec un **impact aussi rapide que brutal**. Relation intéressante entre la Science et le Politique : doutes et incertitudes font partie de la science ; mais le politique attend des résultats à court terme. Le modèle du CS mérite d'être poursuivi ou réfléchi. Climat de confiance entre le politique et le CS avec des réunions fréquentes, des avis et note rendus publics, mais pas toujours suivis par le politique (écoles, comité de liaison citoyenne). Insiste sur la responsabilité citoyenne.
- 5) Ce qu'ils ne sont pas : **le CS n'est pas une instance de décision**, n'est pas une instance pérenne (fin le 9 juillet), n'est pas une instance opérationnelle, ne donne pas d'avis sur la recherche ni la thérapeutique (comité CARE). Actuellement aucun médicament, aucun vaccin. Les connaissances évoluent : sur la transmission du virus, la notion de supercontamineurs potentiels, l'immunité collective qu'on pensait supérieure, le rôle des anticorps, le rôle des enfants...

Questions...

Sur la date de la constitution du CS par rapport à la date de déclaration de l'USPPI par l'OMS (30/01/2020) :

Le professeur Delfraissy indique que lui-même n'a pris **conscience de la gravité de la crise que tardivement, vers le 20/02**, de retour d'une réunion à l'OMS à Genève alors qu'il travaillait sur la vision éthique de la crise sanitaire. Puis, il est alerté par ses collègues italiens, des réanimateurs et des modélisateurs. La conseillère Santé de l'Elysée est alertée, une réunion rassemblant 23 scientifiques a lieu le 05/03 puis il est décidé de créer le CS.

Sur la capacité de dépistage plus importante en Allemagne :

A ce moment, la capacité de dépistage en France était de 3 à 4000 tests/jour. En Allemagne, nombre plus important depuis longtemps. En France, la stratégie montée en

fait) et pas en population générale. Sans l'épisode de Mulhouse, il est possible que la pandémie ait été moins importante. **Fortes hétérogénéités régionales** : en France, 4 régions rassemblent 70% de la mortalité ; même phénomène en Allemagne, Angleterre, Italie, Espagne, sans que l'on puisse en expliquer les raisons.

Sur l'utilité du CS, et la présence de CS dans les autres pays :

3 éléments : liberté de parole, multidisciplinarité/intelligence collective et instance transitoire. En cas de 2^{ème} vague, le Président du CS pense qu'il serait utile de refaire un CS mais qu'il serait très sain que ce ne soit pas le même, pour avoir **une vision différente**. En Angleterre, présence d'un CS également mais les noms des membres et leurs rapports ne sont pas publics.

Sur la décision du confinement, par rapport à d'autres options (réponse de M. Fontanet) :

Pas d'autre choix que le confinement selon M.Fontanet, l'urgence était dans la réanimation : Afflux de patients en région Grand Est et Hôpitaux du Nord de Paris/ Expérience de l'Italie, 7 à 10 jours avant, s'amplifiant et prenant une tournure extrêmement sérieuse et grave / Modélisation mathématique de l'épidémie avec le démarrage d'une courbe exponentielle et sous quelques jours ou semaines, la prévision d'une situation où les services de réanimation seraient incapables de prendre en charges les patients. 2 autres pays européens avec la même situation que la France : l'Italie et l'Espagne. M.Fontanet salue les transferts de patients, qui ont bien fonctionné.

Tous les pays européens ont fait le choix du confinement. Seule la Suède, qui s'interroge aujourd'hui, a eu une approche plus dosée. L'Angleterre, du fait du retard dans la prise de décision, aura sûrement une mortalité plus élevée. Même chose pour les Etats-Unis et le Brésil. Le confinement a permis un gel de la situation, donc un temps de préparation, suite à une prise de conscience *qu'on était pris par surprise par sa rapidité d'évolution* selon lui. Certains pays d'Asie (Taiwan, la Corée du Sud, Hong Kong, Singapour) ont réussi à contrôler l'épidémie sans confinement mais par toute une série de mesures comme les tests, le port du masque (culturel), l'hygiène des mains (HDM), le contact tracing. Le travail, les écoles, les transports ont parfois été adaptés. Pays préparés à cause du SRAS et de la grippe aviaire, mais encore sous tension extrême avec un quotidien difficile (cf cluster de Pékin, reprise récente des cas en Corée du Sud). **Toute l'Europe est passée par le confinement pour qu'on puisse se préparer pour la sortie du confinement et la gestion de la période qui vient.**

Sur le confinement national versus régional (M. Fontanet) :

Le confinement national a permis aux régions qui n'étaient pas encore touchées de ne pas l'être. En figeant la situation au 17 mars, avec un virus à propagation extrêmement rapide, **les zones préservées ont pu le rester**. L'Allemagne, le Danemark, la Norvège, la Finlande, l'Autriche, la Hongrie, l'Estonie, la Grèce, le Portugal ont tous évité une épidémie.

Sur les écoles (M. Fontanet) :

Dans le modèle de la grippe, les écoles sont un important foyer de propagation. En 2003, sur 8000 cas de SRAS, les enfants n'avaient pas été touchés. Il était important

de savoir quel rôle les enfants allaient jouer dans la transmission. Très vite, il était clair que les **enfants développaient une forme mineure de la maladie voire asymptomatique**, très rarement une forme grave. Mais, au 12 mars, les études montraient que les enfants, quoique peu symptomatiques, pouvaient avoir des charges virales dans la gorge semblables aux adultes et qu'on pouvait retrouver des traces de virus dans leurs selles jusqu'à 1 mois après. La question était de savoir s'ils pouvaient être infectés **et contagieux**. 3 mois après, les enquêtes transversales en population montrent que, en dehors de la cellule familiale, les **enfants sont moins infectés que les adultes**. Par contre, il faut être très prudent chez les lycéens et les collégiens (cf étude du lycée de Crépy en Valois) pour lesquels les formes sont assez proches des adultes. L'épidémie avait très bien circulé au sein du lycée. Selon M.Fontanet, il n'y a pas une seule épidémie dans le monde dont le foyer ait été une école élémentaire ou maternelle. D'autres études internationales sont en faveur de cette hypothèse (Australie, Irlande). Les enfants seraient très peu contagieux entre eux, pour les enseignants et les assouplissements paraissent raisonnables au vu des données. **Le 12 mars, il était difficile de faire ce choix.**

Sur les masques (M. Fontanet) :

La transmission du SRAS se faisait par l'intermédiaire de gouttelettes, avec des personnes contagieuses 3 à 4 jours après les symptômes. Pour le SARS-CoV-2, des publications indiquent en février/mars que la transmission pourrait se faire par l'intermédiaire de personnes pas encore symptomatiques et que certaines personnes resteraient asymptomatiques. **Le contrôle de la maladie devient alors extrêmement difficile**. De plus, les chercheurs ont trouvé des concentrations virales très élevées au fond de la gorge, jusqu'à 1000 fois supérieures aux concentrations du SRAS. Aussi, les personnes, en parlant, seraient capables d'émettre des quantités importantes de virus. Ce nouveau mode de contamination, par aérosol de particules qui restent en suspension dans l'air (jusqu'à 12h), pas encore prouvé, est **plausible**. Avec le SRAS, non. Heureusement, cette voie de transmission est peu fréquente sinon le R0 au lieu d'être à 2 ou 3 serait à 15 ou 20 comme la rougeole. Ceci pourrait permettre au virus de se maintenir dans des milieux confinés et l'on observe que beaucoup de clusters sont des clusters de milieux confinés ; d'où **l'importance du port du masque en milieu confiné et des autres mesures barrières (distance physique, HDM) ainsi que de l'aération des locaux**.

Sur les tests (M. Lina) :

La séquence génétique du virus a été partagée par les Chinois le 07/01. Le 10/01, le laboratoire allemand de la Charité propose un 1^{er} test PCR, mi-janvier l'Institut Pasteur met au point son test, très performant. Mais il s'agit d'un test « manuel », en kit, difficile à déployer dans les laboratoires de diagnostic qui fonctionnent essentiellement avec des automates à réactifs « captifs ». Il a fallu travailler en permanence pour adapter la situation, et faire face aux **difficultés d'approvisionnement** dues à une demande mondiale (écouvillons, kits, outils..).

Sur la 2^{ème} vague (M. Lina) :

Le danger actuellement est en Amérique du Sud. **Le virus diffuse moins bien l'été que l'hiver**. L'hémisphère sud souffre parce qu'ils sont en hiver. Pour l'instant le virus n'a pas muté, il est très stable. Une mutation n'est pas forcément une mauvaise nouvelle. Il peut repartir chez nous d'où l'importance des mesures barrières.

Sur la 2^{ème} vague M. Delfraissy ajoute que l'ensemble du CS considère que, compte tenu de ce qu'il se passe en hémisphère sud, **le risque d'une vraie 2ème vague (pas une réapparition) venant du Sud et revenant vers le Nord en particulier en Europe fin octobre ou en novembre ou en décembre est un risque qui doit être considéré**. Il faut le préparer afin de ne pas se retrouver dans la situation du 12 mars. Un confinement généralisé tel qu'il a été mis en place en mars ne sera ni possible ni souhaitable ni accepté par la population. La question qui va se poser : comment expliquer aux populations qu'il va y avoir une **population jeune qui a peu de risques**, qui peut travailler, aller à l'école pour les plus jeunes, peut continuer à travailler en prenant l'ensemble des précautions en étant extrêmement strict, et, de l'autre côté les **populations plus âgées, plus à risques qu'il va falloir protéger**. Il faudrait leur conseiller toujours avec leur acceptation d'avoir un confinement partiel mais qui serait plus important. Un médicament sera peut-être disponible à ce moment-là, mais un vaccin non. Le CS insiste sur une reprise possible à l'automne. Il faut anticiper pour que l'ensemble des dispositions soient prises et préparer la population française. La rentrée doit se préparer dès maintenant et non le 15 août. Le message de retour d'expérience est la **préparation pour lutter contre l'impréparation**.

Sur les tests en Allemagne (M. Lina):

Les missions de santé publique sont déclinées en Lander. De plus, la Charité a réalisé une analyse de risques très précoce. La structure organisationnelle est réactive. Situation très particulière à l'Allemagne.

Sur les tests, M. Delfraissy ajoute que la **France a rattrapé son retard** grâce aux plateformes publiques et privées, actuellement en sous-utilisation. Tout ce système **doit perdurer pendant l'été** afin qu'il soit véritablement opérationnel à la rentrée.

Sur les services de réanimation (Mme Bouadma) :

Services rapidement adaptés pour accueillir plus de lits de réanimation. Il faudrait réfléchir à l'avenir sur la méthode pour ouvrir des lits et effectuer la montée en charge (ordre, hôpitaux). Mais les moyens humains sont nécessaires. Le CS a alerté les autorités sur certains médicaments notamment le curare qui manquait. Il est nécessaire **d'avoir une bonne notion du stock de médicaments** et comment ils sont pourvus et distribués.

M. Delfraissy ajoute que les Chinois n'avaient pas décrit les cas graves nécessitant 3 semaines de ventilation donc de possibles pénuries de médicaments dont le curare. On n'avait jamais connu cela. Vraie question du problème de souveraineté, de la capacité de chacun des pays à pouvoir fabriquer des produits de base.

Sur les alternatives à la méthode de prélèvement naso pharyngée (M. Lina) :

Prélèvement salivaire difficile à analyser, test antigénique avec des résultats médiocres (30%), travaux de recherche avec de l'air expiré. Il est important de **privilégier le dépistage massif**.

2 messages (M. Delfraissy) :

Anticiper pour mieux préparer.

Avoir une vraie réflexion sur l'avenir de la santé publique et la construction de la santé publique.

3. POINT DE SITUATION DE LA LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS

Interventions diverses d'appui pour la Guyane.

ANTICIPATION LOGISTIQUE	
Poursuite du dimensionnement de l'aide destinée à l'Inde (respirateurs OSIRIS), à l'Arménie (matériels médicaux) et à l'OMS (masques). Anticipation des besoins en EPI pour la mise en place d'une plateforme en lien avec la DNS toujours en cours.	
ACHATS	
Maintien de quelques contacts sourcing.	
RESSOURCES / APPROVISIONNEMENTS	
360 M de masques sont en quarantaine en France (+ 5% en une semaine), saturant les entrepôts de SPF et retardant la livraison des EPI en direct (hors pont aérien/maritime).	
LOGISTIQUE AVAL – FLUX PLANIFIES	
GHT : Livraison S26 (40M CHIR – 6 M FFP2)	Officines : Flux tiré CHIR Suite Livraison agences répartiteurs Premières commandes de masques CHIR pour les officines depuis 48H. (7 Mu FFP2 + 51 Mu CHIR) Passage en flux tiré FFP2 décalé en S27.
TRANSIT	
Pont aérien : S26 : 2 vols arrivés / 8 vols planifiés.	Voie maritime (VM) : - VM 03 à 10 en mer. - Prochain départ le 30/06. - Prochaine arrivée le 28/06 à LEH
DOUANES, IMPORT et DONS	
Intervention auprès de la direction régionale des douanes de Marseille pour le dossier d'export en Guyane via vol COGIC Marseille. Problème réglé.	
OUTRE-MER	
Guyane : Organisation du suivi logistique en lien avec l'ARS Guyane pour résoudre les tensions sur le fret.	
POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES	

Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Juin 2020

Mesures de gestion

Installation de la commission d'enquête à l'Assemblée nationale

Avis n°8 du Conseil scientifique sur l'organisation de la sortie de l'état d'urgence sanitaire

Avis n°9 du Conseil scientifique Analyse épidémiologique en prévision du scrutin du 28/06/20

EVASAN Guyane vers Martinique (2 patients covid-19)

Avis n°7 du Conseil Scientifique : 4 scénarios pour la période post-confinement

Arrêté 8 juin 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Audition du DGS Pr. Salomon pour la Commission d'enquête Covid-19

Publication décret 21 juin 2020 modifiant le décret n° 2020-663 du 31 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Début de la seconde phase du déconfinement

Publication de la loi portant diverses mesures liées à la crise sanitaire

Allocution du Président de la République

01/06 02/06 03/06 05/06 07/06 08/06 14/06 15/06 16/06 18/06 19/06 21/06 22/06

Epidémiologie

Selon le président du conseil scientifique, l'épidémie est « contrôlée » en France

La Guyane est passé au stade 3 de l'épidémie

International

Annonce par l'OMS de la reprise des essais cliniques sur l'hydroxychloroquine

Seuil des 7 millions de cas confirmés dans le monde dépassé

Lancement du site web européen « Re open EU »

Seuil des 8 millions de cas confirmés dans le monde dépassé

Le seuil des 400 000 morts dans le monde a été franchi

Retrait par les Etats-Unis de l'autorisation d'urgence de l'hydroxychloroquine pour le Covid-19

L'OMS suspend le bras hydroxychloroquine de son essai Solidarity

Seuil des 9 millions de cas confirmés dans le monde dépassé