

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données du 09/07/20 à 14h30)

- **Total cas confirmés : 12 068 034 (+ 204 557)**
- **Total guéris : 6 611 524 (+ 128 122)**
- **Total décès : 550 159 (+ 5 210)**
- **Total pays/territoires touchés : 188 (+0)**

En **10 jours**, le nombre de cas confirmés dans le monde **a augmenté de 2 millions** passant de 10 millions le 29/06 à 12 millions aujourd'hui.

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE UE/EEE ET RU

(Source : ECDC, données du 09/07/20)

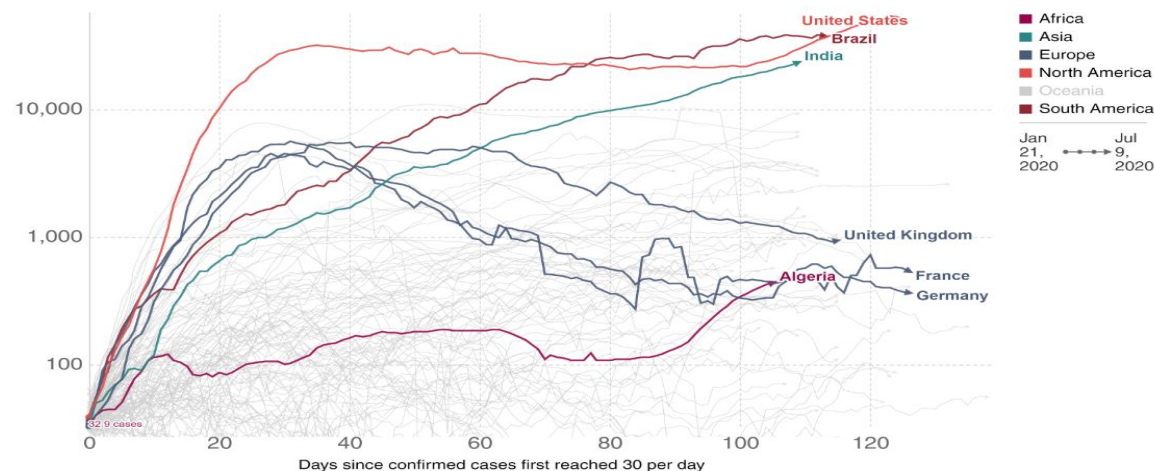
- **Total cas confirmés : 1 567 717 (+4 962 en 24h)**
- **Total décès : 178 826 (+269 en 24h)**

ASIE

En Chine, Hongkong renforce les mesures de distanciation sociale pour lutter contre une récente recrudescence des cas de coronavirus dans la ville.

Daily new confirmed COVID-19 cases

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide - Data last updated 9th Jul, 14:29 (GMT+02:00), European CDC – Situation Update Worldwide CC BY

AMÉRIQUE :

Les États-Unis ont notifié leur retrait de l'OMS aux Nations Unies. Ce retrait prendra effet dans un an, à condition qu'ils soient à jour dans leurs contributions. Par ailleurs, un peu plus de deux semaines après un meeting de Donald Trump à Tulsa, le département de la santé fait état de plus de 200 nouvelles contaminations chaque jour depuis lundi.

Le Mexique bat un nouveau record journalier de contaminations avec 6 995 nouveaux cas lors des dernières 24 heures pour un total de 275 003 cas. Le Mexique déplore un total de 32 796 décès.

EUROPE

En Europe centrale, plusieurs pays affichent depuis fin juin un nombre de cas quotidiens supérieur à celui de mars-avril. En Serbie, la situation est assez préoccupante, le pays enregistrant environ 300 cas par jour pour 6,9 millions d'habitants (10 fois moins peuplés que la France). Pour faire face à cette hausse, le Président a réintroduit mardi un couvre-feu à Belgrade les week-ends. Par ailleurs, la Bulgarie a évoqué l'instauration de nouvelles mesures restrictives si le nombre de contaminations dépassait les 200 cas par jour, seuil qu'elle frôle actuellement. Elle impose aujourd'hui le huis clos pour les compétitions sportives et va fermer les espaces intérieurs des boîtes de nuit.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

170 094 confirmés en France (+621 en 24h)

78 170 personnes guéries parmi les patients hospitalisés (+174 en 24h)

7 177 patients hospitalisés dont :

- 120 lits **en moins** occupés en 24h
- 79 nouveaux patients hospitalisés en 24h

512 patients admis en réanimation pour le COVID-19 :

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

29 979 décès (+14 en 24h) dont :

- 19 503 décès en milieu hospitalier (+14 en 24h)
- 10 476* décès en EHPAD / autres EMS

* Données réactualisées du 03/07

Données issues de SI-DEP* : Entre le 30 juin et le 06 juillet 2020, 307 799 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, le taux de positivité était de 1,2% et le taux d'incidence de 5,5 pour 100 000 habitants.

Dispositif « Contact Covid », depuis le 13 mai 2020 jusqu'au 08 juillet 2020 :

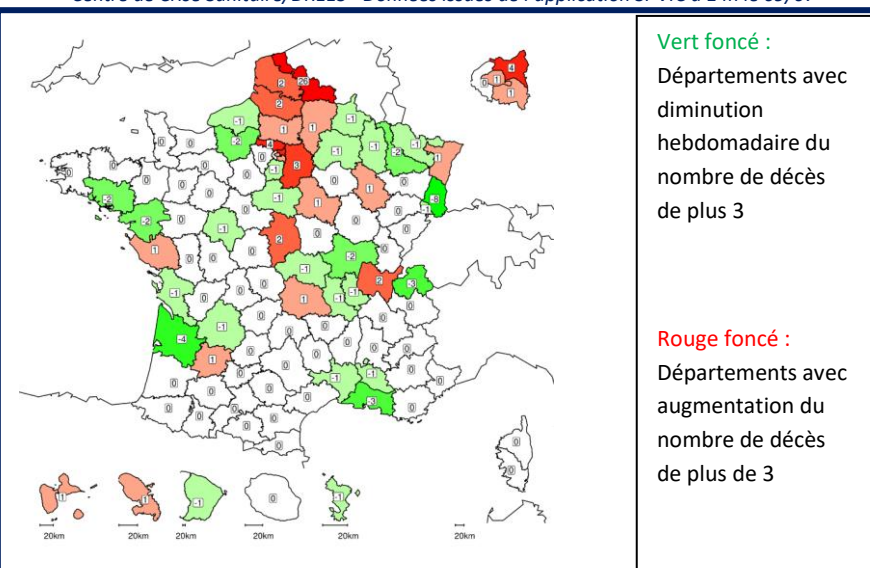
- Au cours des dernières 24h, 570 patients confirmés ont été contactés par la CNAM
- Au cours des dernières 24h, 2 202 personnes contacts ont été contactées par la CNAM
- En moyenne, pour la semaine du 02/07 au 08/07, 4,2 personnes contact pour 1 cas confirmé

SOS médecins : le 8 juillet 2020, 326 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, soit 4,3% de l'activité totale des associations SOS médecins. La tendance à la hausse du nombre d'actes médicaux et de leur part dans l'activité totale, observée au niveau national depuis le 29 juin, semble se poursuivre sur les derniers jours et plus particulièrement sur la journée d'hier. La hausse concerne principalement les personnes de 15-44 ans. La hausse (tous âges) concerne principalement les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Normandie, Pays de Loire et Hauts-de-France.

Passages aux urgences pour suspicion COVID-19 : le 8 juillet 2020, 145 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, soit 0,4% de l'activité totale. Les effectifs de passages et leur part dans l'activité totale aux urgences sont stables ou en baisse dans toutes les régions et pour toutes les classes d'âge.

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 09/07



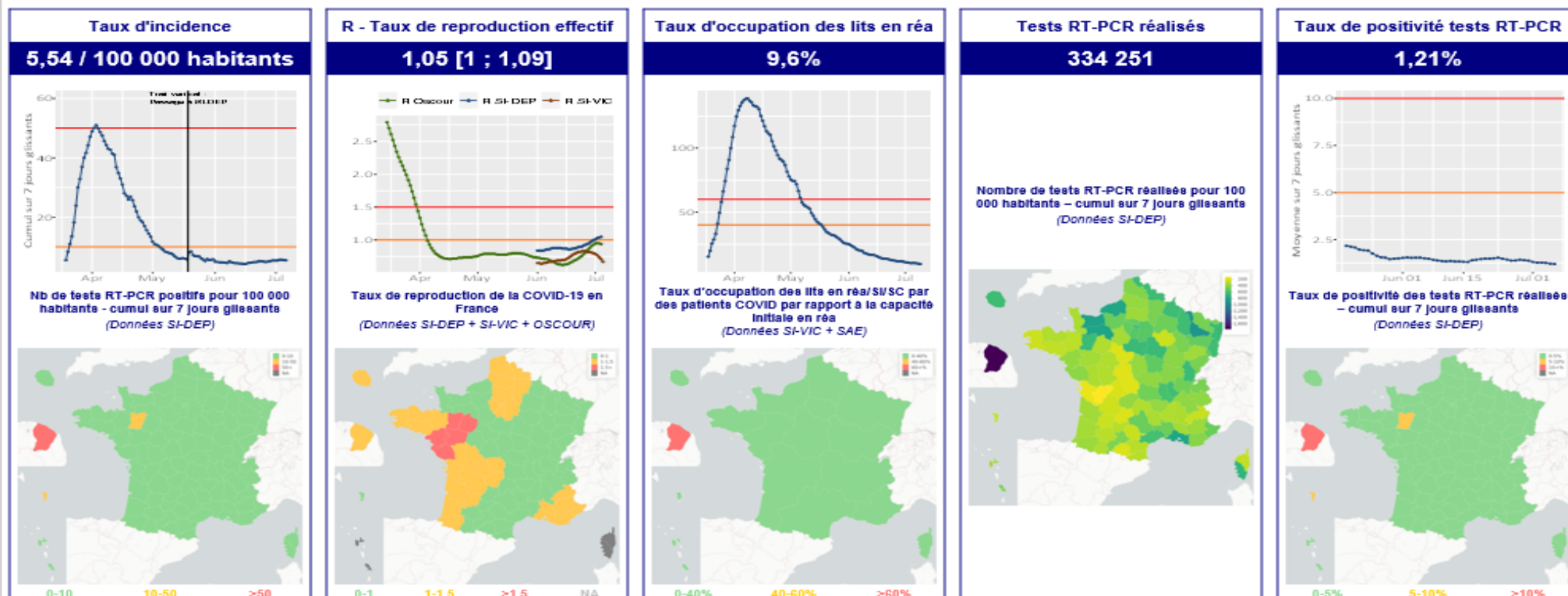
Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région de l'établissement de déclaration, France, 09 juillet (14h) :

Région	Le 9 juillet 2020			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours	Dont réanimation	Soins aux urgences	Retours à domicile	Décès
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	438 (6%)	28 (5%)	3 (2%)	7 803 (10%)	1 745 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	86 (1%)	6 (1%)	2 (1%)	3 921 (5%)	1 045 (5%)
Bretagne	77 (1%)	2 (0%)	1 (1%)	1 287 (2%)	260 (1%)
Centre-Val de Loire	373 (5%)	14 (3%)	0 (0%)	1 991 (3%)	550 (3%)
Corse	12 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	247 (0%)	59 (0%)
Grand Est	950 (13%)	48 (9%)	24 (16%)	12 349 (16%)	3 584 (18%)
Guadeloupe	12 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	80 (0%)	16 (0%)
Guyane	154 (2%)	28 (5%)	4 (3%)	562 (1%)	21 (0%)
Hauts-de-France	716 (10%)	41 (8%)	6 (4%)	6 598 (8%)	1 874 (10%)
Ile-de-France	3 340 (47%)	248 (48%)	103 (67%)	28 288 (36%)	7 494 (38%)
La Réunion	21 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	147 (0%)	3 (0%)
Martinique	14 (0%)	5 (1%)	0 (0%)	90 (0%)	15 (0%)
Mayotte	13 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	388 (0%)	28 (0%)
Normandie	212 (3%)	8 (2%)	3 (2%)	1 681 (2%)	434 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	65 (1%)	9 (2%)	0 (0%)	2 200 (3%)	421 (2%)
Occitanie	53 (1%)	10 (2%)	0 (0%)	2 907 (4%)	512 (3%)
Pays de la Loire	137 (2%)	4 (1%)	0 (0%)	2 108 (3%)	470 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	461 (6%)	26 (5%)	7 (5%)	5 512 (7%)	952 (5%)

2.2 INDICATEURS DE PILOTAGE

INDICATEURS DE PILOTAGE - COVID-19

09 juillet 2020



Analyse de la situation – points d'attention

- 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. Le R affiché est celui de la France métropolitaine (hors Guyane notamment), estimé à partir de SI-DEP. Les intervalles de confiance ne sont pas présentés sur la carte et les courbes mais doivent être pris en compte.
- Le passage du R au dessus de 1 pour la France métropolitaine s'explique par un accroissement général du nombre de tests effectué la semaine écoulée. Le taux de positivité des tests est en diminution.
- Le passage du seuil de vigilance pour le coefficient de reproduction ($R_{SI-DEP} > 1$) n'est significatif que pour la Guyane, la Nouvelle-Aquitaine, les Pays-de-Loire et la région PACA.
- Mayenne** : incidence > 10 pour 100 000 et taux de positifs $> 5\%$ en lien avec plusieurs clusters.
- Mayotte** : La situation épidémiologique semble se stabiliser, mais maintien de la circulation du virus à un niveau élevé.
- Guyane** : Au vu de la situation désormais épidémique sur l'ensemble de la Guyane, les 12 clusters de Guyane qui étaient « en cours d'investigation » ont tous été reclassés ce jour en « diffusion communautaire ».

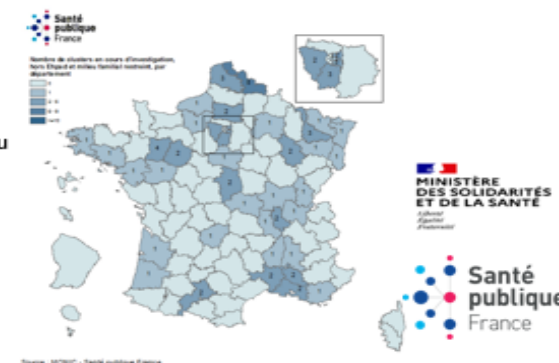
Focus clusters

80 clusters en cours d'investigation
dont 9 en EHPAD

444 clusters identifiés depuis le 09/05, dont 104 en Ehpad (+7 en 24h, dont aucun en Ehpad), hors milieu familial restreint.



Elevée Limitée Modérée



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

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

DIFFUSION RESTREINTE

Page 3 sur 12

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

➤ MOBILISATION DES RENFORTS

Depuis le 26 janvier, la mobilisation de la réserve sanitaire représente **20 921 jours-réservistes**

➤ APPLICATION STOPCOVID (MISE A JOUR AU 09/07/2020)

- ➔ Nombre d'utilisateurs s'étant enregistré sur l'application : 2 174 792
- ➔ Total de 147 QR codes scannés
- ➔ Total de 21 contacts à risque notifiés et 2 à notifier

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

➤ DIFFUSION DES MESSAGES DU MINISTRE DES SOLIDARITES LA SANTE

INFORMATION DES ARS, DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE		
MESSAGES DIFFUSES*	DATE	OBJET
Message MINSANTE 2020_129	09/07/2020	Fin du dispositif national d'approvisionnement des établissements de santé par l'Etat pour les 5 molécules prioritaires
MARS n°62	09/07/2020	Fin du dispositif national d'approvisionnement des établissements de santé par l'Etat pour les 5 molécules prioritaires

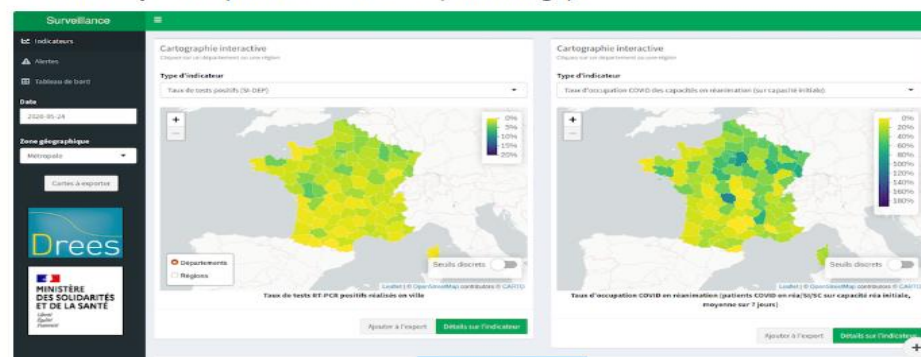
*Le CCS diffuse plusieurs type de messages MINSANT messages à destination des ARS ; MARS à destination des établissements de santé ; DGS-Urgent à destination des professionnels de santé. Les archives MINSANT et MARS sont disponibles sur la plateforme d'échanges Symbiose

PLATEFORME COVID-19

Comme annoncé en fin de point de situation hier, le CCS du MSS vous rappelle que vous avez la possibilité d'accéder à une plateforme de mise à disposition de données et à un tableau de bord interactif sur le suivi de la crise. Il s'agit des modules « ressources » et « surveillance épidémiologique » de la plateforme <https://covid-19.sante.gouv.fr/>. Pour y accéder, merci d'envoyer un mail avec le nom des personnes (et le mail) à qui vous souhaitez ouvrir un accès à l'adresse centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Surveillance COVID

Tableau de synthèse pour la surveillance épidémiologique



Accès au tableau de synthèse

DIFFUSION RESTREINTE

Page 4 sur 12

2.4 SYNTHÈSE DU SUIVI DES CLUSTERS (Bilan SPF du 09/07/2020)

Total de 340 clusters (Hors EHPAD et milieu familial restreint) depuis le 09/05, dont actuellement :

- **71** en cours d'investigation
- **17** avec diffusion communautaire (15 en Guyane, 1 à Rouen en Seine Maritime (76) et **1 en Mayenne**)
- **41** maîtrisés
- **211** clôturés

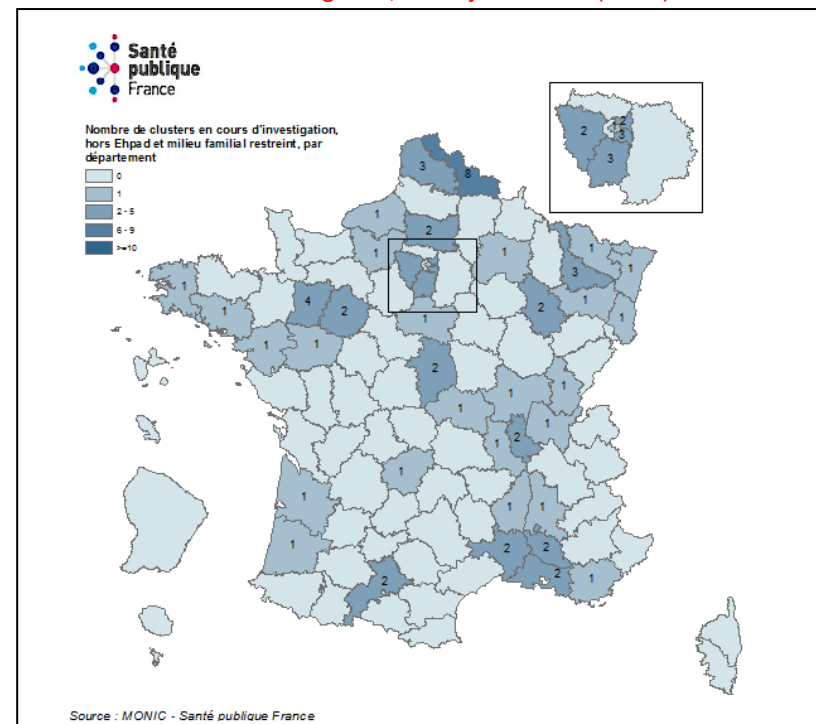
Au cours des dernières 24h, **7 nouveaux clusters**.

Total de 104 clusters (en EHPAD), depuis le 09/05, dont actuellement :

- 9 en cours d'investigation
- 17 maîtrisés
- 78 clôturés

Au cours des dernières 24h, **pas de nouveau cluster**

Cartographie par département des clusters hors Ehpad et milieu familial restreint, en cours d'investigation, au 09 juillet 2020 (N=71)



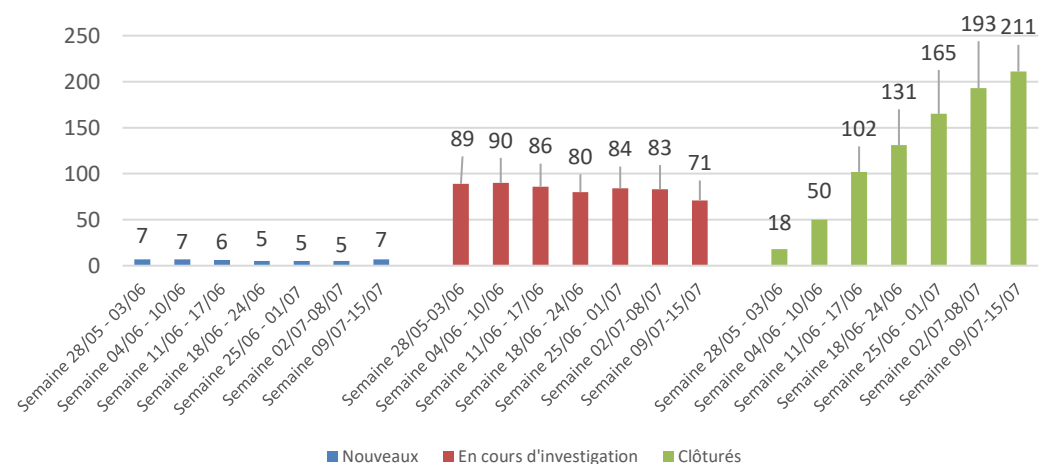
Total de 444 clusters, dont
7 nouveaux au 09/07/2020

1 en ARA	1 en milieu familial élargi à Vaulx-en-Velin (69)
4 en IDF	1 cluster à Verrières-le-Buisson (91) 1 en milieu scolaire et universitaire à Saint-Ouen (93) 1 en milieu professionnel à Aulnay-sous-Bois (93) 1 en établissement de santé à Créteil (94)
1 en HDF	1 en milieu professionnel à Valenciennes (59)
1 en GE	1 en milieux professionnel à Thionville (57)

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

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Evolution de la moyenne du nombre de clusters (hors EHPAD) par semaine (CCS, données SPF)



2.5 SUIVI DE LA SITUATION EN OUTRE-MER

GUYANE (269 000 HABITANTS)

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE GLOBALE DU 08 JUILLET 2020 :



CAPACITAIRE HOSPITALIER AU 09 JUILLET : (lits ouverts et lits potentiellement mobilisables avec identification des besoins en équipements et RH pour les mobiliser)

Au total : 152 hospitalisations COVID dont 29 réa

- Réa covid : 29 lits occupés / 34 installés soit **5 lits réa covid disponibles**
- HC covid : 123 lits occupés / 166 lits installés soit **43 lits HC covid disponibles**

12 réa covid évasanés à ce jour.

Aucune nouvelle admission en REA depuis 48h.

STRATEGIE DE DEPISTAGE : Depuis le 04 juillet les mesures de lutte contre le COVID-19 sont renforcées. Ce renforcement du soutien à la Guyane se traduit depuis des semaines par l'équipement massif en faveur des tests de dépistage, permettant à la Guyane de tester massivement la population. Le nombre de tests/habitant est parmi les plus élevés au monde.

MAYOTTE (257 000 habitants)

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE GLOBALE AU 09 JUILLET 2020 :

2 702 (+ 2 cas le 08.07 et + 12 cas le 09.07) cas confirmés à Mayotte		
	Suivi des cas à Mayotte	Suivi des évacuations sanitaires vers La Réunion
Patients officiellement guéris (mise à jour le 08.07)	2 480	-
Hospitalisations	13	12
dont le nombre de patients dans le service de médecine	7	-
dont le nombre de patients dans le service de réanimation	2	2
Décès (depuis le début de la crise covid)	37	3

Co-circulation dengue ; néanmoins, selon l'ARS et Santé publique France, l'épidémie de dengue est proche de la fin.

L'épidémie semble désormais se ralentir (2668 cas au 4 juillet 2020). En moyenne, chaque semaine on constate une diminution du nombre de cas (sur les 3 dernières semaines).

CAPACITAIRE HOSPITALIER AU 09 JUILLET :

- Disponibilité en réa : 6/16 capacitaire initial (1 patients covid + réa conventionnelle)
- Disponibilité médecine (unité CoVid+) : 14/27 (capacitaire initial)

Taux d'occupation des lits COVID+ dans les services de réanimation sur capacitaire initial (du 03/07 au 09/07) : 15.2%

A l'hôpital on constate une stabilisation des hospitalisations.

STRATEGIE DE DEPISTAGE : S'agissant des tests, près de **13.000** ont été effectués par le laboratoire du CHM et le seul laboratoire privé de l'île. En moyenne 150 tests /jour sont réalisés au CHM.

Augmentation du nombre de dépistage. Taux de tests RT-PCR positifs (au 04/07) : 2.40%
L'ARS Mayotte poursuit ses actions de sensibilisation au respect des gestes barrières.

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE GLOBALE AU 09 JUILLET 2020 :

Cas confirmés : 566 (+3) - 550 investigués (+1):

- Cas importés : 397 (+1)
 - o dont EVASAN : 40 (+1)
- Cas autochtones secondaires : 76 (=)
- Cas autochtones : 87 (=)

Augmentation de la part des cas autochtones dans les nouveaux cas enregistrés depuis 3 semaines. 2 regroupements de cas intra-familiaux (6 & 9 cas) résidant sur la même commune mais sans lien établi entre eux.

Contact-tracing : plus de 4100 personnes ont été appelées individuellement et suivies à ce jour

Hospitalisations en cours : 20(-1)

Parmi les hospitalisations en cours, 15 sont des cas issus d'une évacuation sanitaire régionale

- dont en réanimation : 3 (=)

2 patients en réanimation sont issus d'une évacuation sanitaire régionale

Guéris : 487

Décès : 3 (nouveau décès concerne une patiente transférée de Mayotte pour une prise en charge Covid)

Co-circulation : Epidémie de dengue en cours

Tous les indicateurs de surveillance épidémiologique sont stables. Co-circulation de la Dengue en phase épidémique. **Depuis le 11 mars, 550 cas ont été investigués** par l'ARS, Santé publique France et l'Assurance Maladie, dont 72% sont des cas importés.

CAPACITAIRE HOSPITALIER AU 09 JUILLET:*(lits ouverts et lits potentiellement mobilisables avec identification des besoins en équipements et RH pour les mobiliser)*

Nombre de lits de réanimation ouverts : 75 (67 au CHU et 8 au CHOR)

Occupés : 64 (-3)

- 3 patients covid +
- 61 autres patients

Peu de tensions sur l'offre de soins actuellement. La plupart des cas d'hospitalisation COVID proviennent d'évacuations sanitaires régionales (Mayotte et Comores).

STRATEGIE DE DEPISTAGE: 18 sites de prélèvements ouverts à la Réunion répartis sur l'ensemble de l'île. 4851 tests réalisés du 29/06 au 05/07.

2.6 EXPERTISE DE SANTE PUBLIQUE

[L'Académie nationale de médecine a publié le 7 juillet un communiqué intitulé : « Covid-19 : surveillance de la circulation du SARS-Cov-2 dans les eaux usées, indicateur simple de suivi de la pandémie de Covid-19 »](#)

L'analyse microbiologique des eaux usées peut jouer un rôle stratégique dans la surveillance prospective et régulière de la circulation du virus. Il est établi que le SARS-Cov-2 peut se multiplier dans les entérocytes et qu'environ 10 % des cas de Covid-19 présentent des troubles gastro-intestinaux, notamment une diarrhée. De plus, les porteurs asymptomatiques ou paucisymptomatiques potentiellement contagieux éliminent momentanément le virus dans leurs selles (jusqu'à 30 à 50 %). Le SARS-Cov-2 a une faible stabilité dans l'environnement et est très sensible aux agents oxydants comme l'hypochlorite. Il est rapidement inactivé dans l'eau, contrairement aux entérovirus sans enveloppe.

Il est possible de détecter et de quantifier par qRT-PCR des acides nucléiques inactivés du SARS-Cov-2 dans des échantillons d'eaux usées prélevées dans des stations d'épuration desservant des centaines de milliers de foyers. Cela a été réalisé avec succès dans des agglomérations de plusieurs pays (France, États-Unis, Espagne, Pays-Bas, Luxembourg, Italie). Les tests qRT-PCR montrent que la quantité d'acides nucléiques est corrélée à la courbe épidémique, précédant l'arrivée de la vague, suivant son ascension et diminuant fortement avec sa régression. Cette relation temporelle directe avec la vague épidémique et surtout avant même son apparition, peut faire de cet indicateur un précieux outil pour prévoir d'éventuelles résurgences, en testant la présence du virus sur des centaines de milliers de personnes.

Face à ces constats, l'Académie nationale de médecine recommande :

- de suivre la circulation du SARS-Cov-2 dans la population par l'analyse microbiologique des eaux usées des stations d'épuration ;
- de rendre systématique cette surveillance virologique par des tests quantitatifs ;
- d'étendre cette surveillance systématique à d'autres virus (myxovirus, rotavirus, virus respiratoire syncytial...) ;
- de constituer une banque de prélèvements permettant rétrospectivement de détecter tout nouveau virus ou agent pathogène qui apparaîtrait dans la population en fixant ainsi le début de l'épidémie.

<http://www.academie-medecine.fr/communiquede-lacademie-covid-19-surveillance-de-la-circulation-du-sars-cov-2-dans-les-eaux-usees-indicateur-simple-de-suivi-de-la-pandemie-de-covid-19/>

[L'ANSES a publié le 8 juillet 2020 un article intitulé : « Perte d'odorat : le SARS-CoV-2 n'infecterait pas les nerfs olfactifs »](#)

La perte d'odorat est un des symptômes les plus fréquents lors d'une infection au SARS-CoV-2. Ce type de symptôme est généralement lié à la faculté de ces virus à infecter les neurones olfactifs.

Or, ces neurones sont exposés à l'environnement et se connectent directement au système nerveux central (SNC). Un virus capable de les infecter pourra ainsi passer de manière privilégiée vers le SNC à travers « le rail olfactif ». Un nombre important de patients présente des manifestations neurologiques, notamment dans les cas les plus sévères de la Covid-19, ce qui suggère que le SARS-CoV-2 puisse envahir le SNC. Dans ce contexte, il est important de comprendre les interactions entre les neurones olfactifs et ce virus.

Le SARS-CoV-2 entre dans les cellules par un récepteur spécifique, appelé ACE2. Les neurones olfactifs présents dans le nez sont entourés de cellules de soutien dites sustentaculaires qui ont ce récepteur spécifique ACE2, tandis que les neurones ne l'expriment pas. Des chercheurs de l'Institut national de la recherche agronomique, en collaboration avec l'Anses, ont montré, dans une publication du 3 juillet parue dans la revue *Brain behaviour and Immunity* que, chez le Hamster, **le SARS-CoV-2 infecte massivement ces cellules sustentaculaires, mais pas les neurones olfactifs**. Ils ont constaté qu'**en plus de l'infection des cellules de soutien, il y avait une desquamation de la muqueuse nasale, ce qui pourrait expliquer la perte d'odorat**. En effet, la desquamation de la muqueuse nasale entraîne une perte des neurones olfactifs responsables de la détection des odeurs. Si le même mécanisme que chez le hamster infecté se déroule chez l'Homme, il pourrait être à l'origine de l'anosmie observée et empêcherait le virus de pénétrer dans le SNC via le rail olfactif comme cela a été suggéré récemment. **Fort heureusement, la muqueuse nasale est capable de se régénérer tout au long de la vie grâce à des cellules pluripotentes. Dans leurs expériences, les chercheurs ont ainsi observé une récupération de 50% de la structure initiale de la muqueuse nasale, et ce 14 jours après le début de l'infection.**

<https://www.anses.fr/fr/content/perde-d%E2%80%99odorat-le-sars-cov-2-n%E2%80%99infecterait-pas-les-nerfs-olfactifs-0>

[Le Conseil scientifique a alerté le 9 juillet sur le risque de deuxième vague généré par un relâchement des mesures barrières](#)

Jean-François Delfraissy, président du Conseil scientifique, s'est exprimé sur franceinfo, évoquant **"un risque de deuxième vague non négligeable à l'automne"**. « *Ce qui nous inquiète [...] pour cette période d'été, c'est qu'il y a une perte des mesures barrières. [...] Dans le métro et les trains, les gens portent des masques, il y a bien un réflexe civique. Mais ailleurs, sur les contacts, sur le lavage des mains, j'ai l'impression que tout est en train de se perdre beaucoup trop vite. Rien n'est gagné encore.* »

Selon lui, les Français doivent **"prendre conscience" que le coronavirus "est toujours là" et qu'il est en train de "circuler à bas bruit"**. Jean-François Delfraissy n'est en revanche pas favorable au fait de rendre obligatoire le masque dans tous les lieux fermés, car le **"ras-le-bol"** des citoyens face à ces mesures contraignantes est aussi une **"forme de risque"**, selon lui.

2.7. VEILLE SCIENTIFIQUE - Thématique Le syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique aux Etats-Unis

L'essentiel :

- 1) Etude réalisée sur 186 jeunes patients américains atteints du Syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (MIS-C), entre le 15 mars et le 20 mai 2020. Age médian de 8,3 ans ; 73% sans facteur de risque ; Atteinte cardiovasculaire dans 80% des cas ; 40% apparentés à la maladie de Kawasaki.
- 2) PCR positive ou détection d'anticorps anti-SARS-CoV-2 chez 70% des patients ; et les 30% restants ont eu un lien épidémiologique avec un cas de COVID-19 le dernier mois. Une proportion substantielle de patients auraient été infectés par le SARS-CoV-2 au moins 1 à 2 semaines avant de déclarer le MIS-C. Le MIS-C serait une complication rare de l'infection à SARS-CoV-2.
- 3) 80% des enfants ont dû être hospitalisés en soins intensifs, 20% ont nécessité une ventilation mécanique invasive et 2% sont décédés (N=4).
- 4) Les cas de MIS-C n'avaient pas été décrits dans les publications chinoises.

Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents; 29/06/2020

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2021680?query=featured_home

Leora R. Feldstein et al.

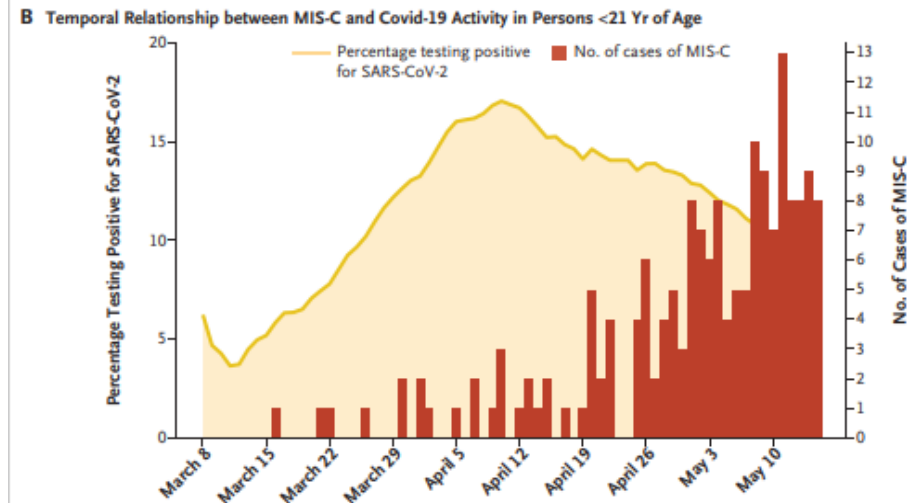
Etude du CDC et de l'université de médecine d'Atlanta notamment, publiée dans le New England Journal of Medicine, concernant une étude sur les cas de Syndrome Inflammatoire multisystémique pédiatrique aux Etats-Unis.

Méthode :

Surveillance prospective et rétrospective de patients atteints de **Syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (MIS-C)**, hospitalisés dans l'un des 53 sites sélectionnés (26 Etats), entre le 15 mars 2020 et le 20 mai 2020. Questionnaire standardisé complété pour chacun des patients. La définition de cas du MIS-C inclut 6 critères : maladie grave nécessitant une hospitalisation, patient de moins de 21 ans, fièvre (<38°C) ou fièvre ayant duré plus de 24h, analyse médicale confirmant une inflammation, au moins 2 organes impactés et une confirmation d'infection au SARS-CoV-2 (PCR ou détection d'anticorps durant l'hospitalisation) ou un lien épidémiologique avec un cas de COVID-19 dans les 4 semaines précédant la date de début de symptômes du MIS-C. Evaluation spécifique de la sévérité de l'impact cardiovasculaire. Réalisation d'analyses statistiques.

Résultats principaux :

Caractéristiques démographiques et cliniques : Sur les 234 patients, 21 ont été exclus car ils ne répondaient pas à la définition de cas et 27 car ils étaient inclus dans une autre étude (Etat de New York). **Parmi les 186 patients inclus dans cette étude, atteints de MIS-C**, 22 (12%) ont été hospitalisés entre le 16 mars et le 15 avril et 164 (88%) entre le 16 avril et le 20 mai. Le pic d'incidence de MIS-C s'est produit lorsque l'activité de COVID-19 décroissait :



La majorité des patients (N=131 soit 70%) étaient positifs au SARS-CoV-2 à la RT-PCR, au test de détection d'anticorps ou aux 2 et 55 (30%) avaient un lien épidémiologique avec un cas de COVID-19. Parmi les 14 patients avec des symptômes de COVID-19 rapportés avant la DDS du MIS-C, l'intervalle médian entre la DDS de la COVID-19 et la DDS du MIS-C était de 25 jours (de 6 à 51 jours). La médiane d'âge des patients était de 8,3 ans, 115 (62%) étaient des garçons et 135 (73%) n'avaient pas rapportés d'antécédents médicaux notables.

Caractéristiques cliniques et traitement : la plupart des patients (132 soit 71%) avaient au moins 4 organes touchés : gastro-intestinaux (171 soit 92%), cardiovasculaire (149 soit 80%), hématologique (142 soit 76%), muco-cutané (137 soit 74%) et respiratoire (142 soit 70%). **La plupart des patients (N=148 soit 80%) ont dû être hospitalisés en soins intensifs** et 37 (20%) ont eu une ventilation mécanique invasive. 8 patients (4%) ont eu recours à une ECMO. Au 20 mai 2020, un total de 130 patients (70%) étaient sortis de l'hôpital, 52 (28%) étaient encore hospitalisés et 4 (2%) étaient décédés. La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours parmi

les patients guéris et 5 jours pour les patients décédés. Les 4 patients décédés avaient entre 10 et 16 ans, 2 avaient des comorbidités et 3 ont eu recours à une ECMO.

L'hyperthermie a été suivie quotidiennement chez 167 patients. Parmi ces patients, 131 (78%) ont eu une hyperthermie pendant plus de 5 jours et au moins 151 (90%) pendant plus de 4 jours. 74 patients (40%) ont eu soit une hyperthermie pendant au moins 5 jours associée à 4 ou 5 symptômes de la maladie de Kawasaki ; soit 2 ou 3 symptômes de la maladie associée à une anomalie à l'examen écho-cardiologique. Le traitement par immunoglobulines intraveineuses était le plus courant dans ces 2 groupes (100% et 97% versus 63% pour les autres patients). La moitié des patients (91 -49%) ont reçu des glucocorticoïdes, 14 (8%) des inhibiteurs de l'interleukine-6 (tocilizumab ou siltuximab) et 24 (13%) ont reçu de l'anakinra.

Marqueurs inflammatoires : L'atteinte cardiovasculaire était courante (149 patients soit 80%), l'insuffisance respiratoire également (109 soit 59%). Parmi ceux qui présentaient une insuffisance respiratoire (N=109), 85 (78%) n'avaient pas d'antécédents respiratoires. Au total, 37 patients (20%) ont eu une ventilation mécanique invasive et 32 (17%) ont reçu une ventilation mécanique non invasive. **La plupart des patients (171 soit 92%) avaient au moins 4 biomarqueurs d'inflammation.**

Discussion :

Parmi les 186 patients étudiés ; la majorité (70%) avaient eu la COVID-19 et la plupart ne présentaient pas de facteur de risque. Les atteintes cardiovasculaires étaient courantes, beaucoup de patients ont dû être pris en charge en soins intensifs et 20% ont reçu une ventilation mécanique invasive.

Les travaux suggèrent qu'une proportion substantielle de patients ont été infectés au SARS-CoV-2 au moins 1 à 2 semaines avant la DDS du MIS-C.

Bien que plus d'un tiers des patients ont eu des symptômes cliniques compatibles avec la maladie de Kawasaki, 60% ne présentaient pas la totalité des critères cliniques de la maladie de Kawasaki. Les patients présentant un tableau clinique s'apparentant à la maladie de Kawasaki avaient en général moins de 5 ans. Certaines caractéristiques de la maladie de Kawasaki, incluant l'hyperthermie, l'érythrodermie et une desquamation retardée, sont également vues dans des syndromes de choc toxique, associés avec d'autres virus.

Bien que la maladie de Kawasaki et le MIS-C provoquent des atteintes cardiovasculaires, la nature de ces atteintes diffère entre les 2 syndromes (dysfonction du myocarde, anévrisme de l'artère coronaire).

Il sera nécessaire de comprendre la pathogénèse du MIS-C pour informer sur la prise en charge des cas et sur les efforts de prévention. La clinique et les caractéristiques des analyses médicales par rapport à l'hyper inflammation, la date d'apparition de l'infection au SARS-CoV-2 et les

similitudes avec le modèle de maladie chez les adultes atteints de COVID-19 suggèrent que **le MIS-C serait une conséquence de l'infection à SARS-CoV-2.**

Bien que les données suggèrent que MIS-C est une **complication rare** d'une infection à SARS-CoV-2 chez les enfants et adolescents, la question est de savoir pourquoi certains patients de cette tranche d'âge développent un MIS-C et pas d'autres. Le pourcentage de patients noirs ou hispaniques était plus élevé que leur proportion dans la population générale américaine tout comme d'ailleurs leur proportion parmi les enfants malades de la COVID-19. Dans une autre étude sur les cas de MIS-C à Londres, 5 des 8 patients étaient descendants de personnes noires ou Afro-caribéennes.

Les auteurs ont observé plus de cas de MIS-C en avril qu'en mars. L'émergence récente de cas rapportés de MIS-C dans d'autres pays suggèrent que les **symptômes arrivent plus tard que l'infection par le SARS-CoV-2. Aucun cas de MIS-C n'avait été décrit dans les publications chinoises**, la plupart des articles y mentionnant que les enfants hospitalisés en Chine à cause du SARS-CoV-2 n'avaient pas de symptômes sévères. Les raisons de cette différence ne sont pas claires et pourraient impliquer des différences dans les taux d'attaque chez les enfants, des facteurs liés à l'hôte, des traitements précoces avec des immunomodulateurs ou des remontées incomplètes.

3.POINT DE SITUATION DE LA CELLULE LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS

Transition du pôle amont vers SPF et préparation de la reprise progressive des missions du pôle aval.

ANTICIPATION LOGISTIQUE

Préparation des dons à l'Angola et à la Slovaquie.

RESSOURCES / APPROVISIONNEMENTS

Sur le mois de juillet, le volume prévisionnel de marchandises importées chaque semaine s'élève à 8 500 palettes, dont 6 500 via le pont maritime et 2 000 via le pont aérien.

SPF est actuellement en phase de contractualisation de nouveaux espaces de stockage pour absorber ce flux entrant.

LOGISTIQUE AVAL - URGENCES et FLUX PARTICULIERS

HDF :

- GHT Aisne Nord : 20 000 surblouses et 30 000 gants
- CHRU Lille : 2 valves expiratoires Sirius Med vers le CHRU de Lille

ARA :

- SSIAD : 1 200 gants
- HCL : 80 000 tests Thermo Fischer

LOGISTIQUE AVAL – FLUX PLANIFIES

GHT :

Livraison S28
(39,5M CHIR –
5,5M FFP2 – 15M
de gants - 7M de
tabliers et 7M de
surblouses).

Officines :

Augmentation
progressive
des
commandes
en S27.

Flux

spécifiques :
Vague 8 en
cours auprès
des PSAD
(avenant
prolongé).

Médicaments :

(07/07)
S27 – vague 10
Taux d'exécution :
99,9%
Nb PUI livrées :
903.

TRANSIT

Le pôle transit est actuellement en transition chez SPF. Mise à jour à venir.

OUTRE-MER

Guyane :

- Vol MINARM du 10/07 : ajout des 5 respirateurs V60 pour le CH de Cayenne qui étaient en attente d'une solution d'acheminement.
- Deux vols MINARM cours de planification autour du 25/07.

Martinique : Vol arrivé le 08/07, vols planifiés les 10/07 et 11/07.

Saint-Pierre-et-Miquelon : La marchandise bloquée à Halifax est finalement arrivée hier.

ACHATS

Achat de 200M masques CHIR :

- Type IIR :
 - CAM Négoc : 100M
 - Paul Boyé : 2,5M
 - Savoy International : 5M
 - France Cardio : 6M
 - Alliance Healthcare : 81,5M
- Type II : AHG Medical 5M

DOUANES, IMPORT et DONS

POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES

Demande des GHT stable, excédant le scénario de décrue progressive.

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Juillet 2020

Mesures de gestion

Instruction du PM
n°6187/SG du
01/07/2020 relative à
l'ouverture progressive
et différenciée des
frontières extérieures

Jean Castex nommé
Premier ministre

Renforcement du
soutien sanitaire à la
Guyane

Fin de l'Etat d'urgence
sanitaire

01/07 03/07 04/07 08/07 09/07 10/07

Epidémiologie

4 clusters à diffusion
communautaire en
France

16 clusters à
diffusion
communautaire en
France (dont 15 en
Guyane)

17 clusters à
diffusion
communautaire en
France (ajout du
cluster en Mayenne)

International

L'Union européenne a
levé les restrictions
de voyage à 15 pays
dont la Chine sous
conditions.

L'OMS cesse d'utiliser le
traitement lopinavir/ ritonavir
et l'hydroxychloroquine dans
le cadre de son essai
international Solidarity

L'UE a accordé une autorisation
conditionnelle de
commercialisation pour le
médicament Remdesivir pour le
traitement de la Covid-19

Les Etats-Unis dépassent les 3
millions de cas confirmés.
Ils se retirent officiellement
de l'OMS