

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données à 15h30)

- **Total cas confirmés : 2 990 559**
- **Total guéris : 875 497**
- **Total décès : 207 446**
- **Total pays/territoires touchés : 185**

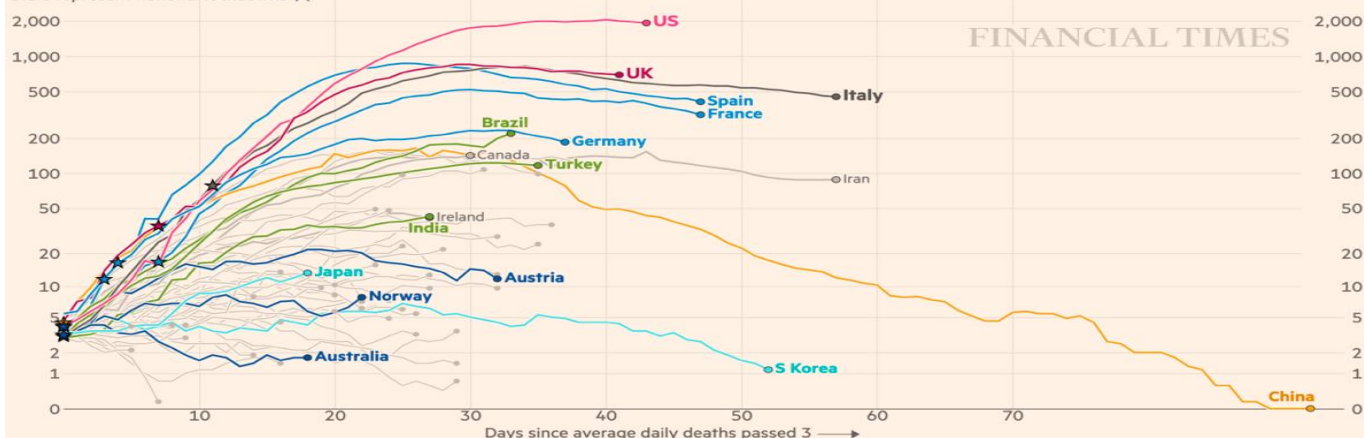
Les États-Unis rapportent environ 1 700 décès en 24h et un total de 965 933 cas.

Le nombre de nouveaux cas et décès par jour diminue en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni.

A noter concernant la courbe du FT ci-contre qu'elle exclue, pour FR, les décès extra-hospitaliers ce qui permet une meilleure comparaison avec les pays qui ne déclarent que des décès hospitaliers (UK), mais fausse la comparaison avec ceux qui les incluent (ES)

Daily death tolls are now at their peak or falling in many western countries

Daily deaths with coronavirus (7-day rolling average), by number of days since 3 daily deaths first recorded. Stars represent national lockdowns ★



FT graphic: John Burn-Murdoch / @burnmurdoch
Source: FT analysis of European Centre for Disease Prevention and Control; FT research. Data updated April 25, 20:16 BST
© FT

EUROPE

Le nombre de nouveaux cas diminue dans l'espace Schengen hormis pour la Grèce, la Hongrie, la Suède, la Lettonie et le Portugal (moindre augmentation).

La Belgique est (après le micro-Etat Saint-Marin) le pays au monde avec le plus de décès (cumulés) par habitant liés au COVID-19.

En Russie, la maladie progresse avec une multiplication par 2 des nouveaux cas et des nouveaux décès sur les 7 derniers jours par rapport à la semaine précédente. Le bilan russe dépasse les chiffres officiels chinois en nombres de cas.

AMÉRIQUE

Le nombre de nouveau décès reste élevé aux États-Unis. Ils sont le premier pays au monde en nombre de cas mais on observe une stabilisation. En revanche au Brésil et au Canada, on observe une augmentation du nombre de nouveaux cas et de décès par rapport à la semaine précédente.

Les structures de soins dans les systèmes insulaires pourraient faire craindre une prévalence de décès importante. Les situations sont variables en Amérique du Sud ou les tensions politiques aggravent parfois la situation.

AFRIQUE

Le total de cas et de décès est encore faible, a priori lié à la faible avancée de l'épidémie, mais une sous-notification n'est pas à exclure en raison d'un budget et d'équipements insuffisants pour faire des tests diagnostiques en grand nombre. Presque tous les pays africains enregistrent au moins un cas, avec des différences de dynamique entre Afrique du Nord et Afrique subsaharienne.

ASIE

A Singapour, le nombre cumulé de cas par habitants est désormais supérieur à la France à l'Allemagne, avec plus de 14 000 cas et 12 décès. Les cas sont concentrés dans des communautés de travailleurs étrangers (principalement du Bangladesh), vivant dans des dortoirs dans certains quartiers de la ville.

Au Japon, le nombre de nouveaux cas commence à baisser trois semaines après la déclaration de l'état d'urgence le 6 avril. Le Vietnam n'enregistre toujours aucun décès (officiel) et un nombre réduit de cas.

Océanie

De nombreux archipels du Pacifique, de par leur isolation naturelle, n'ont pas enregistré de cas pour l'instant. L'Australie et la Nouvelle-Zélande contiennent pour le moment l'avancée des cas sur leur territoire.

INTERNATIONAL :

- **Initiative ACT Accelerator de l'OMS**, mise en place ce vendredi :
 - Projet de collaboration mondiale pour accélérer le développement, la production et l'accès équitable aux nouveaux diagnostics, thérapies et vaccins.
 - Cette initiative bénéficie de soutien du secteur public (gouvernements, ONU) et privé (Fondation Bill et Melinda Gates, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, entre autres).
- **OMS : la chaîne de fourniture en équipements médicaux (CSCS) est opérationnelle**. Elle centralise et redirige les flux d'équipements médicaux vers les zones du monde où les besoins sont les plus prégnants. Huit hubs régionaux et 16 avions cargos sont dédiés à ce programme.

UNION EUROPEENNE / UK / EEA :

- **Conseil Santé sur les solutions digitales** : S. Kyriakides a tout d'abord indiqué que l'ECDC publiera demain son projet de modélisation des cas de COVID-19 et de la mortalité dans l'UE/EEE et au Royaume-Uni. Ce document a fait l'objet d'échanges ce jour au sein du **Comité de sécurité sanitaire**. L'ECDC a d'ailleurs indiqué à cette occasion qu'elle souhaitait pouvoir disposer de point de contact dans les EM en charge de la modélisation.
Concernant les applications numériques, T. breton a rappelé les objectifs de la toolbox développée par les EM et la COM et a rappelé que les applications ne pouvaient constituer qu'une des mesures de contacts tracing mises en œuvre au sein des EM. L'ECDC a également souligné que les mesures de contacts-tracing étaient des éléments majeurs d'accompagnement de la sortie de confinement, les applications pouvant compléter les mesures classiques mais pas s'y substituer. Elles peuvent permettre d'identifier plus rapidement les contacts connus ou non connus d'une personne positive mais il s'agit cependant de prendre en compte le fait que certaines personnes ne voudront pas ou ne pourront pas avoir accès à ce type d'outils. Les EM ont souligné l'importance de l'interopérabilité des systèmes au niveau UE. BE a mentionné que le contact-tracing sera dans un 1^{er} temps mis en œuvre de manière classique (autorités sanitaires locales) et que les applications viendront compléter ce travail dans un 2^{ème} temps. CH et AT vont déployer des applications décentralisées, sur la base du volontariat. DE a mentionné que le contact tracing était une mesure cruciale du déconfinement, mais qu'elle demandait la mobilisation de nombreuses ressources et surtout l'acceptation du grand public, avec une utilisation d'au moins 60% des populations pour être efficace. DE a mentionné qu'une solution décentralisée était désormais retenue et a rappelé l'importance de rendre les deux systèmes (centralisé et décentralisé) compatibles.
- **La COM** a communiqué sur :
 - (UVDL) [La réunion de la task force COVID-19 qui a porté sur les préparatifs de la conférence « Global Pledging Initiative » du 4/05, les discussions avec la Chine sur l'accélération des livraisons d'EPI et enfin la préparation des discussions avec les gouvernements de l'UE en matière de tourisme.](#)
 - (S.Kyriakides) [Le Conseil Santé sur la thématiques des solutions et applications numériques pour lutter contre le COVID-19.](#)
 - [Le premier pays \(IT\) à demander l'aide du Fonds de solidarité de l'UE pour une urgence sanitaire.](#) Ce programme fait désormais partie de la réponse de l'UE au coronavirus, ce qui allège le fardeau de la pandémie sur les budgets nationaux.
- A noter l'organisation d'un **Conseil Numérique** le 5/05.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

128 339 cas confirmés en France (+3 764 en 24h)

45 513 personnes guéries parmi les patients hospitalisés

28 055 patients hospitalisés dont :

- 162 lits **en moins** occupés en 24h
- 964 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h

7 527 patients admis en réanimation dont :

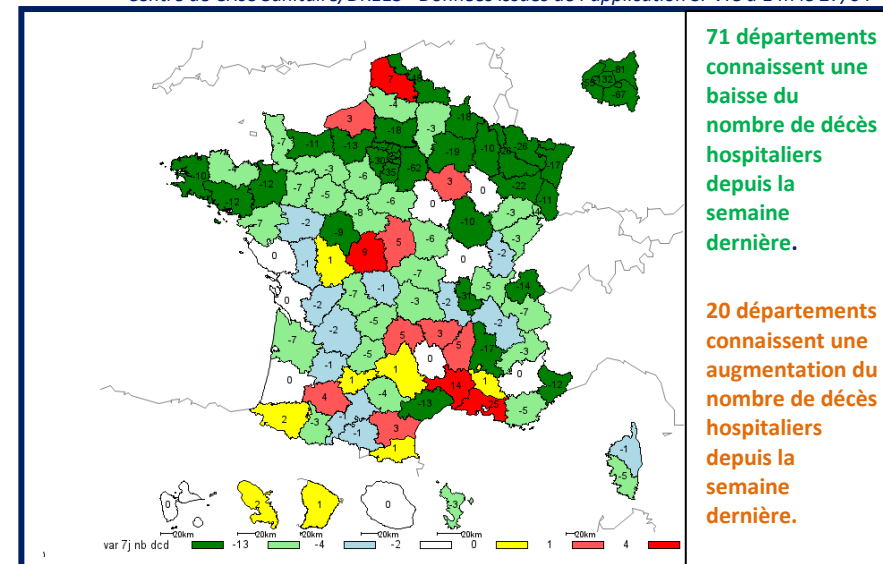
- **4 608** pour le COVID-19 :
 - 74 lits **en moins** occupés en 24h
 - 125 **nouveaux** patients en réanimation en 24h

23 293 décès (+437) dont :

- 14 497 décès en milieu hospitalier
- 8 796 décès en EHPAD / autres EMS

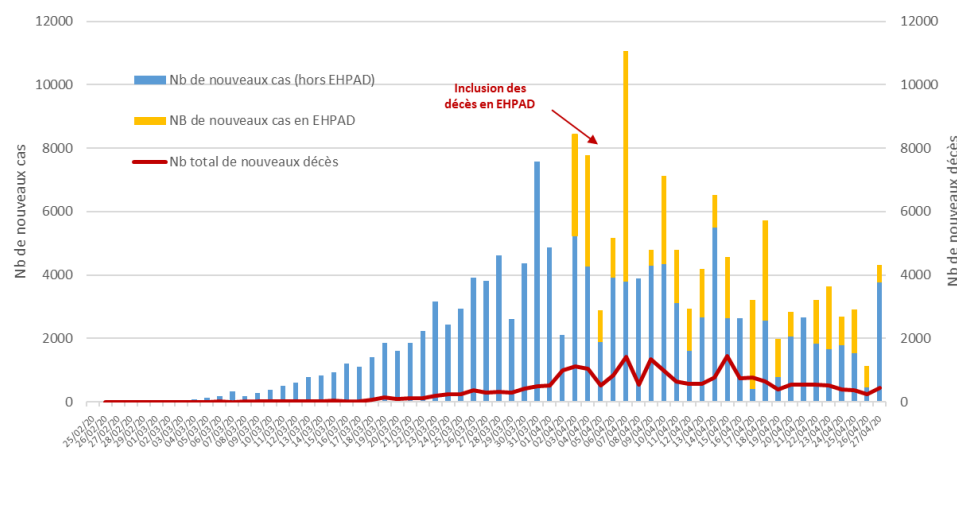
Variation hebdomadaire du nombre de décès hospitaliers par département

Centre de Crise Sanitaire/DREES - Données issues de l'application SI-VIC à 14h le 27/04



Nombre de nouveaux cas et décès en France, 27 avril 2020 (14h) :

Centre de Crise Sanitaire Source SPF

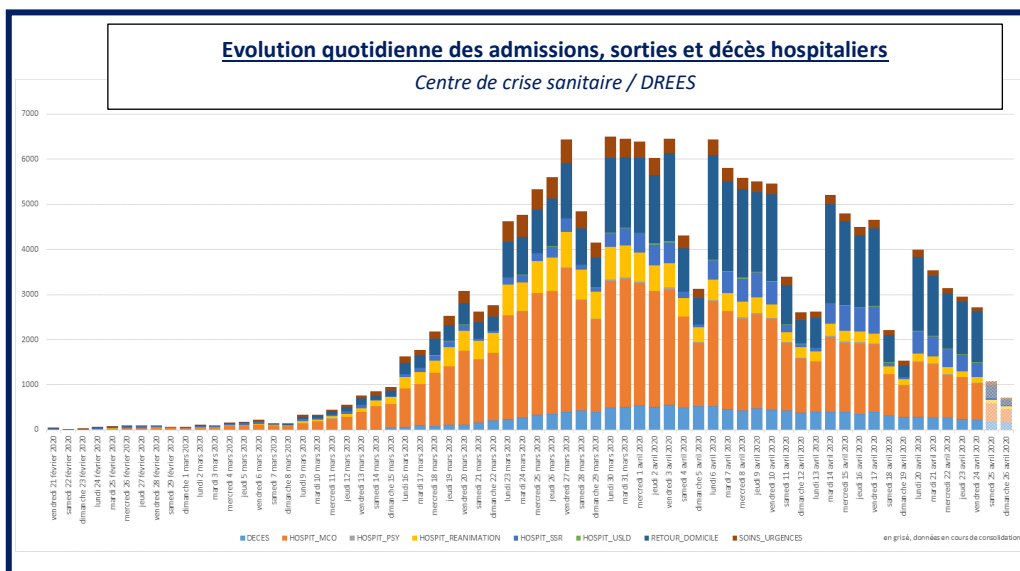


Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 27 avril 2020 (14h) : Source SPF

Région	Le 27 avril 2020			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours	Dont réanimation	Soins aux urgences	Retour à domicile	Décès
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2 663 (9%)	433 (9%)	14 (6%)	4 662 (10%)	1 255 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	1 210 (4%)	196 (4%)	11 (5%)	2 269 (5%)	814 (6%)
Bretagne	406 (1%)	57 (1%)	1 (0%)	774 (2%)	204 (1%)
Centre-Val de Loire	978 (3%)	140 (3%)	1 (0%)	1 086 (2%)	367 (3%)
Corse	64 (0%)	8 (0%)	0 (0%)	172 (0%)	50 (0%)
Grand Est	4 226 (15%)	625 (14%)	38 (16%)	7 376 (16%)	2 779 (19%)
Guadeloupe	22 (0%)	10 (0%)	0 (0%)	70 (0%)	14 (0%)
Guyane	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	35 (0%)	1 (0%)
Hauts-de-France	2 379 (8%)	391 (8%)	19 (8%)	3 732 (8%)	1 315 (9%)
Ile-de-France	11 488 (41%)	1 859 (40%)	127 (54%)	16 160 (36%)	5 690 (39%)
La Réunion	6 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	103 (0%)	0 (0%)
Martinique	33 (0%)	9 (0%)	0 (0%)	63 (0%)	14 (0%)
Mayotte	36 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	70 (0%)	6 (0%)
Normandie	601 (2%)	112 (2%)	2 (1%)	993 (2%)	324 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	721 (3%)	128 (3%)	0 (0%)	1 302 (3%)	301 (2%)
Occitanie	730 (3%)	165 (4%)	2 (1%)	2 031 (4%)	373 (3%)
Pays de la Loire	705 (3%)	98 (2%)	0 (0%)	1 152 (3%)	323 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 685 (6%)	288 (6%)	18 (8%)	3456 (8%)	656 (5%)

2.2. OFFRE DE SOINS ET PRISE EN CHARGE

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



Après être passé au-dessus de la barre des 2 000 lits COVID disponibles à partir du 14/04, le nombre de lits est redescendu en-dessous depuis le 23/04 et se situe désormais à 1902 lits. **Le TO national en réanimation est stable à 70%.** L'IDF reste tendue mais stable à 91% de TO, en saturation. Le TO de la Corse continue d'osciller entre 60% et 80% (83% le 27/04). **On observe une hausse du TO en PDL (77 % de TO le 27/04 contre moins de 70% la veille).** La situation s'améliore en BFC, CVL et REU. Les autres régions sont à des TO inférieurs à 70%.

IDF : On observe que le nombre de lits disponibles dans toute la région est stable (255 lits ce jour, contre 244 la veille) **avec une tension importante dans certains départements.** Ainsi, le Val-d'Oise reste en saturation avec seulement 11 lits disponibles. La situation reste proche de la saturation dans les Yvelines avec moins de 20 lits disponibles depuis 3 jours.

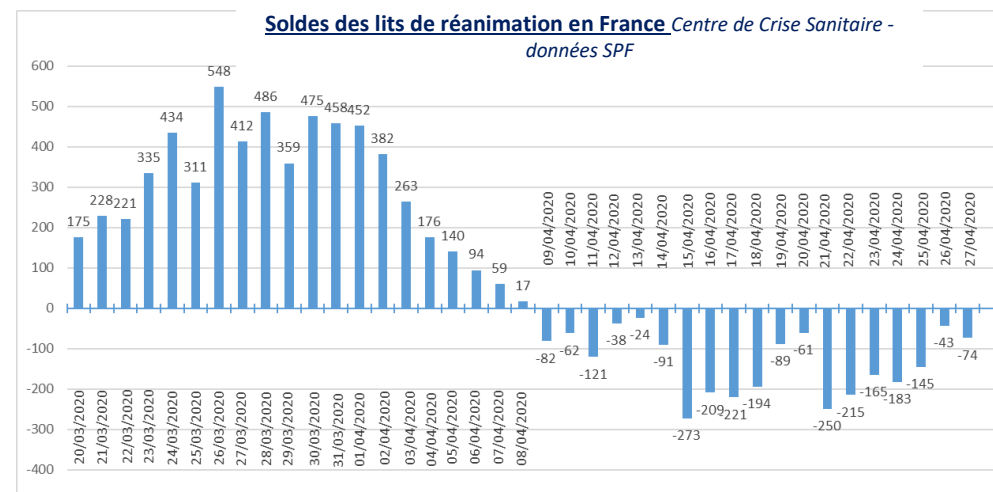
ARA : le capacitaire est en légère régression (passage de 1 148 lits le 27/04 contre 1 177 lits le 21/04). Le taux d'occupation se maintient à 72% ce jour. **La situation est stable dans l'Isère avec un TO à 79% et semble s'améliorer dans le Rhône (75% de TO).** Dans l'Ain et

l'Ardèche, la situation s'améliore dans l'Ain (passage de 83% de TO hier à 73% le 27/04) et en Ardèche (passage de 80% de TO hier à 70% aujourd'hui).

BFC : le capacitaire se maintient à 410 lits en légère oscillation depuis quelques jours. La tension globale de la région descend à 65 %. **La Haute-Saône reste en situation de quasi-saturation (92% de TO).** **La Nièvre reste à un niveau élevé de tension (81% de TO).** La situation du Doubs s'améliore largement (61% de TO).

Grand Est : le capacitaire baisse légèrement à 1 016 lits installés au 27/04 soit son niveau du 27/03. Le taux d'occupation global de la région continue de décroître à 66% (80% le 09/04). **Le taux d'occupation des unités de réanimation en Haute-Marne reste à la limite de la saturation avec 93% de TO.** **3 départements restent en tension avec des TO élevés :** le Bas-Rhin et la Meurthe-et-Moselle et la Meuse avec 79 % à 83% de TO. La situation de la Moselle s'améliore à 55% de TO ce jour. Les autres départements sont à 70% ou moins de TO.

HDF (données du 26/04) : le capacitaire se maintient à 808 lits installés. **Le taux d'occupation global se maintient avec 66% ce jour.** La situation reste tendue dans l'Oise avec un TO de 82% ce jour et dans l'Aisne à 74% de TO avec seulement 23 lits disponibles. Les autres départements sont à moins de 70% de TO (64% pour le département du Nord).



Le solde quotidien des lits reste **négatif** depuis 19 jours mais le **nombre de personnes en réanimation reste élevé.**

SAMU : Depuis le début de la crise, le nombre d'appels au niveau national a diminué de moitié. La région des Hauts-de-France observe une progression très similaire à la progression nationale. Les régions Grand-Est et Auvergne-Rhône-Alpes semblent suivre des tendances similaires avec une évolution du nombre d'appels plus élevée que le niveau national. L'évolution du nombre d'appels en Ile-de-France est en constante baisse, plus forte qu'au niveau national.

-12% d'appels sur le dernier jour par rapport au même jour en 2019.

Urgences : Après un fort décrochage quotidien de la courbe de fréquentation des urgences, on constate une stagnation des passages aux urgences aux alentours de 27 000 - 30 000 passages par jour (dont 17% de patients d'au moins 75 ans).

Après une forte progression, le taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences s'est stabilisé avant de décroître pour revenir vers un trend proche de celui des années

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 26 avril (minuit), 6 709 signalements ont été déclarés dans les établissements médicaux-sociaux concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements et via les données transmises par l'ARS Ile-de-France. Il s'agissait de 4 443 (66%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 2 266 (34%) autres établissements médico-sociaux (EMS).

Nombre de signalements de cas COVID-19 et décès chez les résidents et chez le personnel en EHPA et autres EMS rapportés du 1^{er} mars au 26 avril 2020 – données SPF

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total	Nouveaux cas en 24h
Signalements ⁵	4 443	1 738	287	241	6 709	5
Cas confirmés ⁶	27 183	2 722	96	226	30 227	584
Cas possibles ⁷	31 854	4 744	315	590	37 503	-22*
Cheez les résidents						
Nombre total de cas ^{6,7}	59 037	7 466	411	816	67 730	562
Cas hospitalisés	7 162	880	15	125	8 182	89
Décès hôpitaux ⁸	2 871	177	0	11	3 059	35
Décès établissements ⁸	8 678	97	0	21	8 796	142
Cheez le personnel						
Cas confirmés ⁶	13 185	2 734	236	174	16 329	640
Cas possibles ⁷	14 397	5 121	694	359	20 571	710
Nombre total de cas ^{6,7}	27 582	7 855	930	533	36 900	1 350

* Un nombre élevé de cas possibles chez les résidents a été confirmé ces dernières 24h. Cela explique la diminution du nombre de nouveaux cas possibles en 24h. En effet, un résident classé initialement en cas possible peut devenir cas confirmé au regard du résultat du test. Dans ce cas, il n'apparaît plus dans le total des cas possibles.

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

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

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

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

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

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

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

⁸Cas possibles et confirmés décédés

2.3. STRATEGIE DE REPONSE NATIONALE

➤ HISTORIQUE DES PRINCIPALES MESURES DE GESTION

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

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

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

13/03/2020 : Déclenchement du PCA.

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

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

23/03/2020 : Parution au JO de la loi n° 2020-290 du d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

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

➤ PRESSE ET MEDIA

Demandes média Environ 50

- Pourcentage de mort en réa (30 à 40% versus 10% annoncés en CT)
- Tests et masques (commandes, livraisons, approvisionnement, etc.)
- IVG médicamenteuse

Réseaux sociaux – Sujets du moment

- Le déconfinement (qui doit avoir lieu mais ne signifie pas fin de l'épidémie ; question de la disponibilité des tests et des masques)
- Taux de mortalité en réanimation (30 à 40% selon une étude, contre 10% annoncé en point presse par le DGS)
- Quelques questionnements sur le nombre de contaminations et de décès parmi les soignants

En cours :

- Plan de communication Activité des établissements de psychiatrie
- En lien avec SpG, préparation d'un plan de communication déconfinement

Numéro vert : ces dernières 24H : 5 829 appels reçus.

➤ CAPACITE DE DIAGNOSTICS DES LABORATOIRES

Dans le cadre de la préparation à la sortie de confinement, une collecte d'information a été organisée par la DGS auprès de tous les laboratoires de biologie médicale (établissements publics de santé, laboratoires privés, autres laboratoires ayant conventionné à titre dérogatoire avec un laboratoire de biologie médicale ; message MINSANTE n° 81 du 16/4/2020). L'objet est de suivre et d'accompagner la montée en charge des possibilités de diagnostic sur des personnes atteintes par le virus (PCR) ou ayant déjà été infectées (ELISA).

Les informations sont recueillies au moyen d'une application internet développée par la Drees et portent sur l'équipement des laboratoires en automates, leurs capacités de prélèvements naso-pharyngés et de réalisation des tests, le cas échéant de signalement de tensions sur leurs stocks et commandes de consommables utilisés pour ce faire (écouvillons, kits de réactifs (PCR, Elisa) spécifique au SARS-COV2). À ce jour, 1024 laboratoires ont un compte ouvert dans l'application, 241 ont transmis des informations ce qui cumule 20657 prélèvements pas jour, 18953 tests PCR, 6904 tests Elisa. La montée en charge est en cours, les ARS disposent depuis le 21/4/2020 d'une application de visualisation des données de leur région. Une mise à jour en continu est possible et est prévue à minima selon un rythme hebdomadaire.

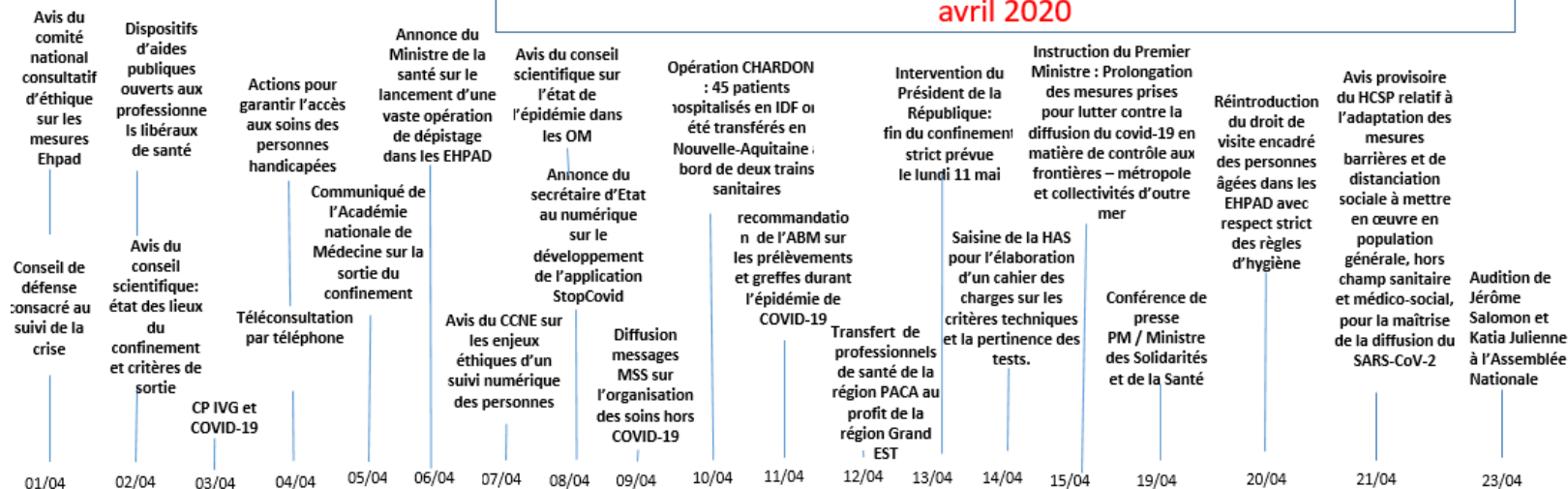
De nombreuses tensions sont signalées : 81 établissements pour les écouvillons, 72 pour les kits PCR, 22 pour les kits Elisa.

➤ MOBILISATION DES RENFORTS PAR LE CCS

- La mobilisation sanitaire représente 9 396 jours réservistes (*données SPF*)

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : avril 2020

Mesures de gestion



+5000 décès en milieu hospitalier
Et
+ 1000 décès en EHPAD dus au covid-19 en France

+ de 10 000 décès dus au covid-19 en France

Depuis ce jour, le solde de lits en réanimation est négatif

Le nombre de décès dans le monde dépasse la barre des 100 000 décès

+100 000 cas confirmés et
+15 000 décès dus au Covid-19 en France (dont +10 000 décès hospitaliers)

Depuis ce jour, le nombre de personnes hospitalisées diminue

Cap des 20 000 décès en France

Epidémiologie

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

La CNIL a publié le 26 avril 2020 son avis sur le projet d'application mobile StopCovid sur la base du protocole technique présenté par le Gouvernement.

La CNIL se déclare **favorable à la future application** mobile, qui de manière **temporaire** et sur la base d'une **adhésion volontaire**, aurait pour finalité d'alerter les personnes équipées qu'elles ont été à proximité d'un cas confirmé de COVID-19 lui aussi équipé et qu'elles sont ainsi à risque de contamination.

Ce suivi des contacts reposerait sur le traitement de données personnelles **anonymes** et selon la technologie *bluetooth*, **sans géolocalisation** des individus.

La CNIL **s'oppose à ce que l'application alerte sur de « faux positifs »** pour limiter l'identification potentielle de personnes contaminées approchées : outre la violation du principe d'exactitude de données (RGPD et loi informatique et libertés), ce type d'alerte pénaliserait à tort les personnes alertées, qui seraient ainsi obligées à tort de se confiner.

La CNIL demande que le refus d'utiliser l'application n'ait pas de conséquence négative sur une personne, que les données individuelles soient conservées pour une durée limitée et que l'usage de StopCovid soit régulièrement évalué.

Elle rappelle aussi que de telles applications de recherche de contacts doivent d'inscrire dans une stratégie sanitaire globale, **met en garde contre la tentation du « solutionnisme technologique »** et souligne que l'efficacité de StopCovid dépendra de son adoption par le public.

La CNIL recommande enfin que le recours à un dispositif volontaire de suivi de contact dispose d'un fondement juridique explicite ; elle **demande au Gouvernement de la saisir à nouveau pour avis sur le futur projet de norme** encadrant la mise en œuvre de l'application.

L'Académie nationale de médecine (ANM) a publié le 26 avril 2020 un communiqué sur les phases de sortie de la crise du COVID-19.

L'ANM identifie, selon sa méthodologie, **4 critères de sortie du confinement** pour passer **de la phase 1 « ralentir l'épidémie » à la phase 2 de « déconfinement partiel »** :

- Réduction soutenue du nombre de nouveaux cas pendant au moins 14 jours ;
- Capacité des hôpitaux publics à traiter en toute sécurité les patients nécessitant une hospitalisation sans avoir recours aux normes de soins de crise ;
- Capacité de tester toutes les personnes présentant des symptômes ;
- Capacité de surveillance active de tous les cas confirmés et de leurs contacts.

Le « déconfinement partiel » devrait viser, selon l'ANM, à maintenir à bas niveau la transmission grâce aux mesures barrière (distanciation physique, port obligatoire du masque grand public), à la réalisation systématique de tests PCR chez tout sujet symptomatique et ses contacts et à une offre de confinement individuel pour les cas détectés.

En cas de reprise incontrôlée de l'épidémie, l'ANM estime indispensable un retour à la phase 1 (avec des mesures à adapter territorialement), selon les critères suivants :

- Augmentation continue de nouveaux cas pendant 5 jours ;
- Incapacité des hôpitaux de traiter en toute sécurité tous les patients nécessitant une hospitalisation.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (OMK) a publié le 25 avril 2020 un communiqué appelant à une réouverture progressive des cabinets.

Après 6 semaines de fermeture des cabinets de kinésithérapie, l'OMK estime nécessaire la reprise progressive d'activité, tout en continuant de privilégier le télésoin et de recourir aux soins à domicile pour les patients fragiles.

Il recommande aux praticiens d'organiser la réouverture en se dotant des équipements de protection et produits de désinfection nécessaires.

L'OMK publie à cet effet un guide de bonnes pratiques pour l'exercice en cabinet dans le contexte du COVID-19.

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)

Le Conseil scientifique COVID-19 a publié le 25 avril 2020 son avis sur la sortie progressive du déconfinement – prérequis et mesures phares.

Cet avis du 20 avril 2020 traite des deux premiers mois suivant le déconfinement.

Stratégie globale recommandée :

- « Une sortie progressive du confinement prenant en compte les risques des différentes populations pour adapter les mesures de protection »
- Levée progressive, prudente et monitorée du confinement, sous réserve de 6 prérequis (cf. *infra*) et avec une déclinaison territoriale
- Moduler ensuite les mesures en fonction de l'épidémiologie, sans exclure de revenir au nouveau confinement en cas de résurgence de l'épidémie

Les 6 prérequis minimaux de sortie du confinement :

- 1) une gouvernance nationale cohérente en charge de la sortie de confinement
- 2) des hôpitaux et des services sanitaires reconstitués
- 3) des capacités d'identification rapide des cas, de leurs contacts et d'isolement des patients et de tous les porteurs sains contagieux
- 4) un système de surveillance épidémiologique capable de détecter les nouveaux cas et une reprise de l'épidémie
- 5) des critères épidémiologiques de levée du confinement
- 6) des stocks de protection matérielle pour l'ensemble de la population

Parmi les mesures de protection recommandées :

- Port obligatoire du masque dans les lieux publics, en veillant aux consignes d'usage ; c'est une mesure additionnelle par rapport aux mesures barrières qui restent l'élément clef
- Masques anti-projection pour toute la population (priorité aux personnes en contact régulier avec le public). Fourniture de masques et SHA par les ERP, sous peine de fermeture
- Plus de 65 ans et malades chroniques : maintien d'un confinement strict et volontaire
- En EHPAD, dépistage généralisé dès à présent et poursuite d'un confinement aménagé (moyens de liaison résidents-famille ; volant minimal de visites)
- Fermeture jusqu'en septembre des crèches, écoles, collèges, lycées et universités (risque élevé de transmission, mesures barrière difficiles à appliquer)

Programme ambitieux d'identification, d'isolement et de suivi des cas :

Objectif : identifier de façon rapide et exhaustive les cas suspects et leurs contacts sur le territoire national pour les tester et les isoler s'ils sont positifs

Stratégie inspirée des expériences réussies d'Asie orientale et mobilisant des moyens technologies, logistiques et humains très importants

Moyens : s'appuyer principalement sur la médecine de ville, des équipes mobiles d'enquête et des plateformes numériques

- Médecine de ville repositionnée en première ligne avec des outils de suivi numérique des patients
- « Un service professionnalisé de santé publique de détection, de suivi, d'isolement des cas et de leurs contacts » (Etat + collectivités territoriales) :
 - ses deux composantes, pour démultiplier ainsi les moyens humains des ARS : des plates formes téléphoniques et des équipes mobiles COVID-19
 - ses missions : mener les investigations épidémiologiques autour des cas et prendre en charge les cas diagnostiqués et de leurs contacts
 - ses personnels : professionnels de santé, autres professionnels, volontaires
- Invitation de tout cas suspect ou contact à se faire dépister par test virologique, accompagné si utile d'un test sérologique
- Maillage territorial d'infrastructures dédiés au diagnostic rapide des cas
- Tests PCR fiables et accessibles sur l'ensemble du territoire, après prescription médicale ; tests sérologiques en complément si utile
- Transmission des résultats aux patients, aux médecins, à la surveillance épidémiologique
- Recours aux outils numériques pour un traçage efficace des contacts, en complément des enquêtes de terrain
- Isolement des porteurs même à forme bénigne ou asymptomatiques : une offre en structure dédiée, en complément de la solution classique du domicile

« Au final, le niveau de relâchement du confinement dépendra de l'efficacité de ce nouveau dispositif ».

2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE

To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic, 21/04/2020

<https://biblioovid.org/to-mask-or-not-to-mask-modeling-the-potential-for-face-mask-use-by-the-general-p-420>

Steffen E. Eikenberry, Marina Mancuso, Enahoro Iboi, Tin Phan, Keenan Eikenberry, Yang Kuang, Eric Kostelich, Abba B. Gumel ; *Infectious Disease Modelling*, Volume 5, 2020, Pages 293-308

Etude de l'école des Sciences mathématiques et statistiques de l'Université de l'état d'Arizona sur l'impact du port de masque grand public en population générale sur les facteurs épidémiologiques (hospitalisations et décès).

Méthode : modélisation basées sur des paramètres épidémiologiques issus de la littérature (notamment la période d'incubation, le pourcentage d'asymptomatiques, le taux d'hospitalisation, le taux de létalité) et sur 2 paramètres variables : efficacité du masque et couverture (proportion de ceux qui portent le masque). Données appliquées à 2 Etats (New York et Washington).

Résultats principaux : le port généralisé de masque réduirait significativement la transmission du virus, le nombre d'hospitalisations et de décès. Les masques s'avèreraient utiles tant pour prévenir la maladie chez les personnes en bonne santé que pour réduire la transmission asymptomatique. Des hypothèses d'adoption de masques, pour les États de Washington et de New York, suggèrent que l'adoption immédiate et quasi universelle (80 %) de masques modérément efficaces (50 %) pourrait prévenir de l'ordre de 17 à 45 % des décès prévus sur deux mois à New York, tout en diminuant le nombre de décès quotidiens de 34 à 58%. Des masques d'efficacité très faible (20 %) pourraient également être utiles si le taux de transmission sous-jacent est relativement faible ou en baisse : à Washington, où la transmission moyenne est beaucoup moins intense, l'adoption à 80 % de ces masques pourrait réduire la mortalité de 24 à 65 % (et les décès quotidiens de 15 à 69 %), contre une réduction de 2 à 9 % à New York (réduction des décès quotidiens de 9 à 18 %). Les bénéfices en population sont encore plus importants quand d'autres mesures de protections sont respectées (distanciation sociale) et quand l'adoption du masque est quasi-universelle.

The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2, 23/04/2020

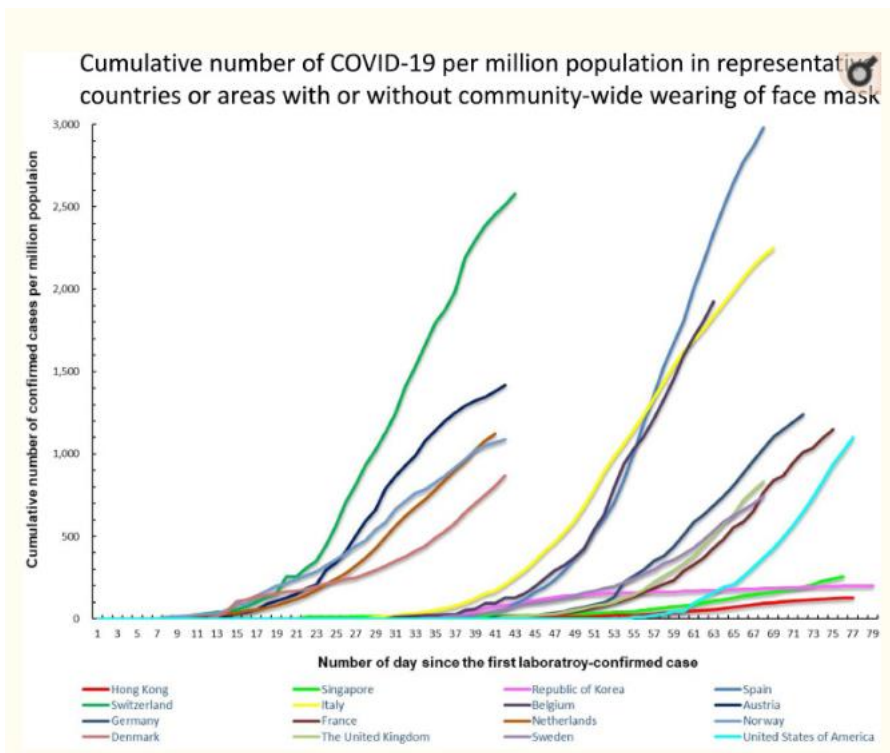
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177146/>

Vincent C.C. Cheng, MD, Shuk-Ching Wong, MNurs, Vivien W.M. Chuang, FRCPATH, Simon Y.C. So, MSc, Jonathan H.K. Chen, PhD, Siddharth Sridhar, FRCPATH, Kelvin K.W. To, MD, Jasper F.W. Chan, MD, Ivan F.N. Hung, MD, Pak-Leung Ho, MD, and Kwok-Yung Yuen, MD ; *J Infect.* 2020 Apr 23

Etude du département de Microbiologie du Queen Mary Hospital de Hong Kong et du département de médecine de l'Université de Hong Kong sur l'impact du port du masque pour contrôler l'épidémie de COVID-19 à Hong Kong.

Méthode : Etude réalisée du 6 au 8 avril. Estimation par chacun des membres des départements impliqués dans l'étude du nombre de personnes portant un masque parmi les 50 premières personnes rencontrées chaque matin dans les transports en commun. Suivi de l'épidémiologie des nouveaux cas confirmés de COVID-19. Comparaison avec des pays d'Amérique du Nord, Europe et Asie, disposant de systèmes de santé équivalents, dans lesquels le port du masque n'était pas adopté universellement et ayant plus de 100 cas confirmés à J72.

Résultats principaux : Au cours des 100 premiers jours (du 31 décembre 2019 au 8 avril 2020), 961 patients atteints de COVID-19 ont été diagnostiqués à Hong Kong. L'incidence de COVID-19 (129,0 par million de personnes) y était significativement plus faible ($p < 0,001$) que celle de l'Espagne (2983,2), de l'Italie (2250,8), de l'Allemagne (1241,5), de la France (1151,6), des États-Unis (1102,8), du Royaume-Uni (831,5), de Singapour (259,8) et de la Corée du Sud (200,5). 96,6 % (fourchette : 95,7 % à 97,2 %) de la population de Hong Kong portait des masques. Observation de 11 clusters de COVID-19 (soit 113 personnes) dans des environnements de loisirs dans lesquels les personnes ne portaient pas de masque (restaurant, bar, karaoké, salle de fitness), contre seulement 3 (soit 11 personnes) dans des environnements de travail où les personnes portaient des masques.



Discussion : Bien qu'il n'y ait pas de consensus, le port du masque a été volontairement adopté par les habitants de Hong Kong peu après les premiers cas de COVID-19. Hong Kong avait été sévèrement touché par l'épidémie de SRAS en 2003, le port du masque et les mesures barrières avaient été largement adoptées par les habitants. **L'utilisation du masque dans la population est controversée. L'hygiène des mains est toujours la mesure barrière efficace** pour prévenir la transmission de COVID-19 mais c'est un processus discontinu car la contamination pourrait se produire entre 2 lavages de main.

Conclusion : Le port du masque généralisé pourrait contribuer à la **réduction de la transmission de la maladie** en réduisant l'excrétion du virus par les personnes atteintes de COVID-19.

A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers, 22/04/2015

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/4/e006577.full.pdf>

C Raina MacIntyre, Holly Seale, Tham Chi Dung, Nguyen Tran Hien, Phan Thi Nga, Abrar Ahmad Chughtai, Bayzidur Rahman, Dominic E Dwyer, Quanyi Wang ;BMJ Open 2015;5:e006577. doi:10.1136/bmjopen-2014-006577

Etude de la Faculté de Médecine de Sydney réalisée pour comparer l'efficacité des masques grand public par rapport aux masques chirurgicaux sur du personnel soignant.

Méthode : étude réalisée au sein de 14 hôpitaux à Hanoi, Vietnam, sur 1607 personnels soignants âgés de plus de 18 ans et travaillant à temps plein dans des services à haut risque. Les soignants ont été répartis en 3 groupes : ceux portant un masque médical (3 couches, matériau non tissé), d'autres un masque grand public et un groupe contrôle (pratiques habituelles, dont le port du masque). Les participants ont porté un masque pendant 4 semaines consécutives au travail.

Résultats principaux : Le taux d'infections était **plus élevé dans le groupe portant un masque grand public**, avec un taux d'infection type Influenza significativement plus élevé dans le groupe portant un masque grand public par rapport au groupe portant un masque médical. Le groupe masque grand public avait également un taux d'infection type Influenza plus élevé que dans le groupe contrôle. Une analyse par masque montre que les **infections type Influenza et les infections virales confirmées par laboratoire étaient significativement plus élevées dans le groupe masque grand public que dans le groupe des masques médicaux**. La pénétration des particules dans le masque grand public était de 97% versus 44% dans le masque médical.

Conclusions : Les résultats de cette étude constituent une mise en garde contre l'utilisation de masques en tissu. Le risque accru d'infection par l'utilisation de masques en tissu pourrait être expliqué par leur **rétenction d'humidité, leur réutilisation et leur mauvaise filtration**. Des recherches supplémentaires sont nécessaires. Toutefois, par mesure de précaution, **les masques en tissu ne devraient pas être recommandés pour les soignants**, en particulier dans les situations à haut risque.

3. POINT DE SITUATION DU HFDS

1°/ GESTION DE CRISE-OPERATEURS

Activité :

- **GSK** : demande d'attribution de masques chirurgicaux aux personnels sur site conformément à la fiche OIV diffusée par le ministère ;
- **GSK** : demande de la possibilité d'inclure le personnel du site de production de vaccins de Saint-Amand-les-Eaux sur la liste des professions pouvant bénéficier de l'accueil scolaire.

Approvisionnement :

- **EVOTEC** : cet opérateur stratégique a un besoin pour la semaine prochaine d'un approvisionnement de 200 masques chirurgicaux.
- **EFS** : cet opérateur stratégique demande à bénéficier très rapidement du réassort d'urgence de 100 000 masques chirurgicaux à compter de la semaine prochaine et normés par semaine pour le mois de mai.

Sécurité des sites : **GSK** : demande de la société à bénéficier de l'opération résilience pour ses sites d'Evreux (27) et de Mayenne (53)

Contrôle des exportations des équipements de protection individuels (EPI) : Attente de la publication du nouveau règlement européen relatif aux contrôles des EPI

Questions en suspens depuis le dernier point de situation :

- La fiche OIV de la DGS, fait mention de l'attribution de masques chirurgicaux aux personnels des OIV sur site. Pour le secteur santé, le besoin a été transmis à la cellule log du ministère de la santé et au SGDSN. **A ce jour, aucune information sur le niveau de dotation ni sur les modalités de distribution n'ont été communiqués au service du HFDS.**

2°/ BILAN HUMAIN

Bilan humain					
Ministères Sociaux (Santé, Travail et Sport) AC et SD (DIRECCTE et DRJSCS)	Droit de retrait	Confinés : cas suspect COVID 19 déclarés	Indisponibles garde d'enfants/ télétravail	Nombre d'agents contaminés	Nombre d'agents décédés
Lundi 27 avril 2020	0	93	Indisponibles (ASA) = 1 598 Télétravail = 11 359	NC	4

3°/ CYBER

Une page Facebook de phishing usurpant le Ministère de la santé et proposant des "kits de confinement" (masque, gèle) nous a été signalé et est toujours active à cette heure : https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=100371398279060&id=100369381612595&hc_location=ufi

4. POINT DE SITUATION DE LA CELLULE LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS

- Prise en compte des impacts logistiques de la stratégie de déconfinement (approvisionnements, log. amont et log. aval)
- Diversification et renforcement actés des modes d'acheminement des produits de santé livrés à l'étranger
- Effort sourcing : masques, blouses, gants, tests et médicaments (Propofol et Midazolam)

ANTICIPATION LOGISTIQUE

JPA FFP2 : en attente de l'allocation attribuée par l'UE sur la base du besoin exprimé

JPA Médicaments : expression des besoins formalisée et envoyée à la Commission Européenne

Masques non conformes (27 M potentiellement identifiés) : FAQ et EDL en cours d'élaboration à destination des ARS

ACHATS

Masques : étude de la proposition de GIROD MEDICAL pour 43M

Gants : décision d'opportunité prise pour 12,3M avec DIDACTIC

Blouses :

- décision d'opportunité prise pour 22M de pièce avec EUROMEDIS
- décision d'opportunité prise pour 100M de pièce avec SEGETEX

LOGISTIQUE AVAL

Réassort GHT (=> établissements du secteur médico-social et abonnés) :

- Préparation « Réassort S18 » (29,4M CHIR, 4,5M FFP2)
- Début planification « Réassort S19 »

Réassort Officines (=> professionnels de santé du secteur libéral) :

- Livraison « réassort S17 » en cours. Fin livraisons ce jour (8M CHIR et 1,6M FFP2)
- Préparation « Réassort S18 » en cours (8M CHIR et 1,6M FFP2)
- Fin de planification « Réassort S19 »

LOGISTIQUE AMONT

- Dossier CNMD/CEVA : coordination en cours pour les 300m3 du vol du 4 mai
- Dossier CHARGEUR FITEXIN : non-conformité des masques, planification de vol court terme arrêtée
- Dossier REGENTECH BEWELL : coordination effective avec GEODIS
- 7 vols planifiés cette semaine.

DOUANES et IMPORT

Traitement douanier importations masques grands publics L'OREAL

DONS

Etat néant

URGENCES et FLUX PARTICULIERS

3900 FFP2 pour les chirurgiens-dentistes vers DROM COM

Point de vigilance pour DROM COM en raison de la suspension du contrat d'expédition pour produits issus DGS (hors SpF)

POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES

TESTS PCR-RT : CCIL-MS en attente de la consolidation par la mission Hirondelle du circuit de distribution en cohérence avec la doctrine « déconfinement »