

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN EPIDEMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données à 15h31)

- **Total cas confirmés : 3 060 152 (+65 462)**
- **Total guéris : 906 022 (+30 968)**
- **Total décès : 212 083 (+4 813)**
- **Total pays/territoires touchés : 185**

Les Etats-Unis rapportent environ 1 400 décès en 24h et un total de 988 490 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 exclut, 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).

EUROPE

Le nombre de nouveaux cas diminue dans l'espace Schengen hormis pour la Grèce, la Suède, la Finlande.

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.

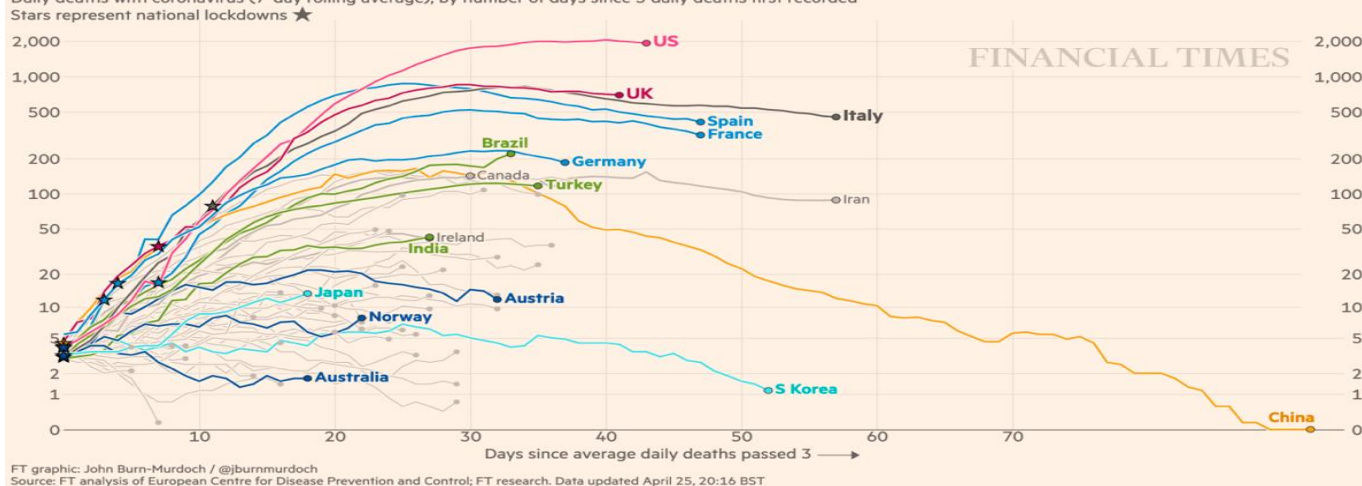
En Russie, le nombre de cas de coronavirus progresse fortement dans cette dernière semaine, en particulier dans la capitale Moscou. Le bilan russe dépasse les chiffres officiels chinois en nombres de cas.

De nombreux pays se préparent au déconfinement.

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

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



AMERIQUE

Le nombre de nouveaux décès reste élevé aux Etats-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 où 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.

OCEANIE

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 :

- **OIT : appel le mardi 28/04 à toutes les entreprises pour préparer leurs locaux à la reprise d'activité.** Les phases de déconfinement qui s'annoncent seulement en Europe et le risque d'une deuxième vague en Chine motivent ce rappel au besoin de mettre en place certaines routines de travail limitant la propagation du virus.
- **Etats-Unis :** Le président Donald Trump a évoqué la possibilité de demander, au niveau mondial, des réparations à la Chine pour l'absence de contrôle du risque sanitaire du Covid-19.

UNION EUROPEENNE / UK / EEA :

- **Message reçu de l'ECDC ce jour annonçant des consultations complémentaires des EM et notamment des experts en charge des modélisations avant de publier, la semaine prochaine, son projet de modélisation des cas de COVID-19 et de la mortalité dans l'UE/EEE et au Royaume-Uni.**
- **Réunion de suivi du réseau eHealth (27/04) :** a permis d'échanger sur les aspects techniques du développement et du déploiement des applications de recherche des contacts dans l'UE. La plupart des EM convergent vers un consensus sur la nécessité d'une application nationale de recherche des contacts. La situation évolue rapidement, plusieurs EM (dont DE, IT et éventuellement ES et IE) envisagent des solutions dans lesquelles les identifiants cryptés détectés à proximité sont stockés et restent sur le dispositif ; un utilisateur de l'application qui obtient un résultat positif peut en informer les autorités sanitaires par l'intermédiaire de l'application ; l'identifiant crypté de l'utilisateur dont le résultat est positif est téléchargé sur un serveur dorsal et diffusé à tous les utilisateurs. Les approches centralisées et décentralisées doivent être considérées comme des options viables, à condition que des mesures de sécurité adéquates soient mises en place. Les prochains défis essentiels identifiés sont : l'interopérabilité afin que chaque application nationale puisse être utilisée dans toute l'UE et que les utilisateurs soient avertis de manière appropriée ; l'efficacité et la confiance du public dans le rôle des applications dans le cadre des efforts plus larges de santé publique ; la mise en œuvre technique, y compris le serveur dorsal et les informations disponibles pour les autorités de santé publique. L'objectif essentiel est maintenant que l'UE collabore de toute urgence pour assurer l'interopérabilité et contribuer à la levée des restrictions.
- **La COM** a communiqué sur :
 - [Le soutien de Melinda Gates à la conférence des donateurs du 4/05.](#)
 - [La publication des lignes directrices relatives aux essais cliniques en période de pandémie.](#)
- **AGENDA :**
 - 30/04 : Groupe Santé publique + G7 Santé
 - 1/05 : Réunion OMS
 - 5/05 : Conseil Emploi et Affaires sociales + Conseil Numérique
 - 06/05 : Réunion OMS (partage d'expériences)
 - 7/05 : Conseil Santé (recherche sur les vaccins & traitements)
- **Le Royaume-Uni signale un nombre élevé dans ses hôpitaux d'enfants avec des syndromes de choc circulatoire ou hyper-inflammatoire et étant pour certains testés positifs au Covid-19.** Ces cas seraient proches d'un choc toxique ou d'une maladie de Kawasaki. Ils sont en étude d'un lien potentiel entre les deux et demandent sur EWRS si des observations similaires ont été faites dans d'autres EM.

1. SITUATION INTERNATIONALE – FOCUS DECONFINEMENT

La stratégie de sortie de l'Union européenne

- Le Conseil européen du 26/03 avait appelé à anticiper les mesures nécessaires à un retour à la normal.
- La Commission européenne a présenté une **feuille de route le 15/04**, basée sur l'expertise scientifique (ECDC, Conseil scientifique placé auprès de la COM) et visant à assurer une coordination au niveau de l'UE et au niveau transfrontalier, tout en reconnaissant la spécificité de chaque EM.
- La **feuille de route indique que la sortie du confinement devra se faire selon 3 critères** :
 - **Un critère épidémiologique**, avec une baisse forte et une stabilisation de la propagation du Covid-19 (nombre d'infections, d'hospitalisations, de patients en soins intensifs) ;
 - **Un critère capacitaire**, avec une disponibilité suffisante des lits, des professionnels et du **matériel médical** ;
 - **Des moyens de surveillance appropriés** avec des capacités de **test** à grande échelle combinées à un système de **tracing** et la possibilité d'isoler les personnes contaminées.
- **Les recommandations privilégient** :
 - une stratégie de sortie fondée sur la science et centrée sur la santé publique, en prenant en compte l'équilibre santé publique/impacts sociaux et économiques ;
 - Une sortie progressive en partant du niveau local, un redémarrage économique progressif et des rassemblements progressivement autorisés ;
 - Une stratégie coordonnée entre EM, notamment pour les frontières ;
 - Une évaluation permanente.

Les dates clés en matière de déconfinement

- **Les pays ayant déjà pris des 1^{ères} mesures de déconfinement** : Iran 9/04, Autriche 14/04, Danemark 15/04, Bulgarie 15/04, Allemagne 20/04, Hongrie 20 /04, Suède 20/04, Rép. Tchèque 20/04, Norvège 21/04, Suisse 27/04, Chine 27/04.
- **Les pays ayant prévus de déconfiner à partir de la semaine prochaine** : Israël 3/05, Italie 4/05, Belgique 4/05, Croatie 4/05, Grèce 4/05, Nigéria 4/05, Espagne 9/05, Algérie 14/05.

Les doctrines « masques » en Europe et à l'international

- **Au sein de l'UE, le port du masque par le grand public est obligatoire** en Autriche, Bulgarie, Hongrie, Lituanie, Roumanie (dans les transports, commerces, marchés, taxis), au Luxembourg à partir du 20/04 (si le respect de la distance minimale est impossible) et dans les commerces en Allemagne pour l'ensemble des Länder à partir du 29/04. Il le sera dans les transports en Espagne, en Italie et en Belgique.
- L'Allemagne le **recommande** dans les transports en commun, usines et bâtiments publics (mais obligatoire dans 10 Länder sur 16 et à Berlin) et la Belgique le recommandera fortement lorsque la distance de 1.5m ne pourra être respectée ainsi que pour les enseignants.
- Il est **non recommandé** (« protection illusoire ») par les experts au Danemark (mais obligatoire pour les professionnels dans les Ehpad), au Royaume-Uni et la Norvège le limite aux personnels soignants.
- **Au niveau international**, l'état de NY a rendu le port du masque **obligatoire**. A Taïwan, il l'est aussi pour le personnel médical et les patients en auto-surveillance, et plus généralement dans les transports en commun et les lieux publics, ainsi que pour les employés en contact avec des clients. Il est **très répandu** en Chine (et même obligatoire dans les lieux publics à Pékin et à Wuhan) et au Japon, qui a annoncé le 20/04 un plan de distribution par l'État de 2 masques en tissu par foyer. La Corée du Sud a développé un système de distribution massive de masques dont les données sont consultables via une application.
- Il est **largement conseillé** au Canada depuis le 7/04, dès qu'il n'est pas possible de respecter une distance d'au moins 2 m, notamment dans les transports en commun. Le gouvernement fédéral US invite tous les salariés de l'industrie à porter un masque. Plus généralement, le CDC recommande le port du masque par toute la population (y compris saine).

Les mesures d'accompagnement de l'UE en matière d'équipement médical/d'EPI/de médicaments

- **Lancement de 6 marchés publics conjoints** portant sur des EPI, respirateurs, kits de dépistage, traitements utilisés dans les essais cliniques et médicaments destinés à la réanimation ;
- **Renforcement des capacités de production en produits de santé et EPI** : actions normatives (normes harmonisées pour des dispositifs médicaux critiques, mise à disposition gratuite des normes UE pour certains EPI et dispositifs médicaux, orientations pour accélérer la production et l'évaluation de la conformité d'EPI, de gel et l'impression 3D d'équipements médicaux...) et mobilisation des acteurs (reconversion temporaire de lignes de production, coordination hebdomadaire avec les entreprises, retrait par l'Inde de ses interdictions à l'exportation concernant 12 substances, travail à un retrait pour le paracétamol et l'hydrochloroquine, aménagement des règles anti-trust pour faciliter la mise en place de « cartels de crise », mise en place d'une « chambre de compensation » pour les équipements médicaux faisant coïncider offres des industriels et demandes des EM) ;
- **Création d'une capacité rescEU avec une réserve stratégique d'équipements médicaux** dotée d'un budget de 380 M€ et financée à 100% par la COM ;
- **Financement de projets de recherche** pour développer des tests de diagnostic rapide ;
- **Mise en place d'un contrôle à l'exportation hors UE** des EPI, avec autorisation préalable et possibilité d'importer en franchise de TVA et de droits de douane ;
- **Recommandations des agences sanitaires** : port du masque (06/04), lignes directrices concernant les tests de diagnostic in vitro Covid-19 (15/04), orientations sur l'utilisation raisonnée de médicaments et sur les matériels de tests et lignes directrices actualisées sur le cadre réglementaire en matière de produit de santé destinés à l'usage humain.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

129 859 cas confirmés en France (+1 520 en 24h)

46 886 personnes guéries parmi les patients hospitalisés

27 484 patients hospitalisés dont :

- 571 lits **en moins** occupés en 24h
- 1 321 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h

7 389 patients admis en réanimation dont :

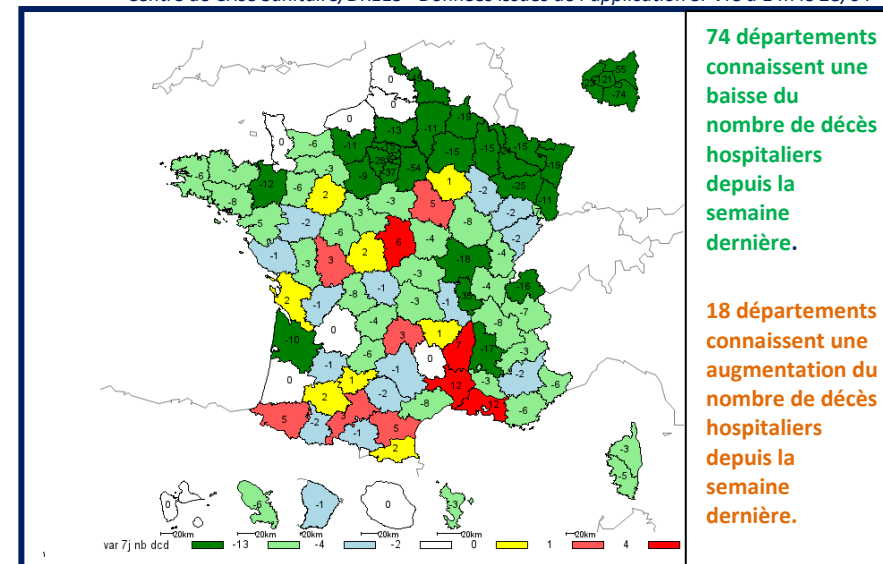
- **4 387** pour le COVID-19 :
 - 221 lits **en moins** occupés en 24h
 - 153 **nouveaux** patients en réanimation en 24h

23 660 décès (+367) dont :

- 14 810 décès en milieu hospitalier
- 8 850 décès en EHPAD / autres EMS

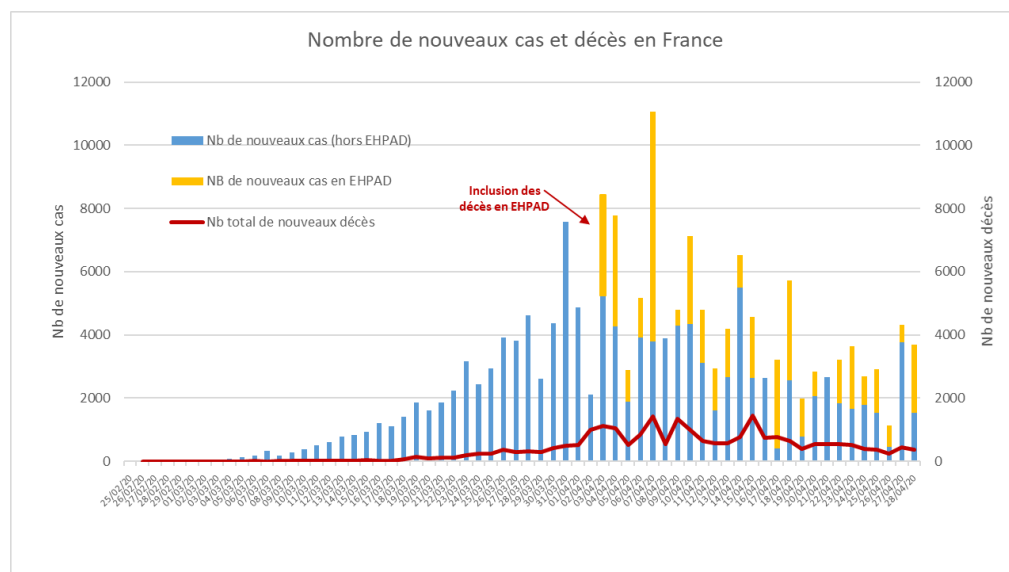
Variation hebdomadaire du nombre de décès hospitaliers par département

Centre de Crise Sanitaire/DREES - Données issues de l'application SI-VIC à 14h le 28/04



Nombre de nouveaux cas et décès en France, 28 avril 2020 (14h) :

Centre de Crise Sanitaire Source SPF

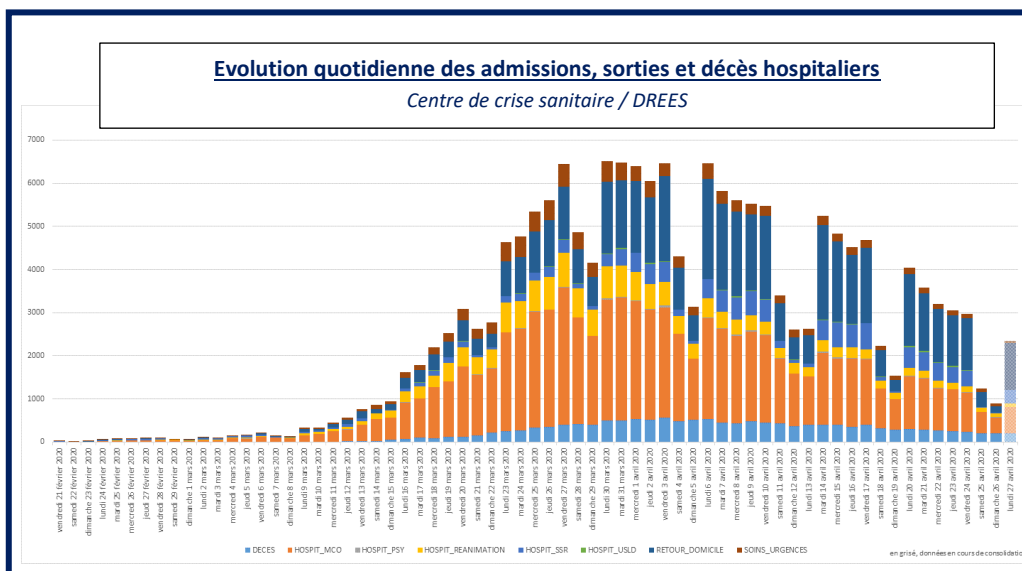


Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 28 avril 2020 (14h) : Source SPF

Région	Le 28 avril 2020			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours N(%)	Dont réanimation N(%)	Soins aux urgences N(%)	Retour à domicile N(%)	Décès N(%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2603 (9%)	395 (9%)	12 (5%)	4794 (10%)	1287 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	1206 (4%)	191 (4%)	9 (4%)	2308 (5%)	819 (6%)
Bretagne	397 (1%)	51 (1%)	1 (0%)	797 (2%)	208 (1%)
Centre-Val de Loire	950 (3%)	130 (3%)	0 (0%)	1138 (2%)	376 (3%)
Corse	62 (0%)	8 (0%)	0 (0%)	179 (0%)	50 (0%)
Grand Est	4149 (15%)	601 (14%)	38 (17%)	7574 (16%)	2818 (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	2349 (9%)	379 (9%)	18 (8%)	3861 (8%)	1337 (9%)
Ile-de-France	11279 (41%)	1761 (40%)	127 (55%)	16670 (36%)	5843 (39%)
La Réunion	6 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	104 (0%)	0 (0%)
Martinique	32 (0%)	8 (0%)	0 (0%)	64 (0%)	14 (0%)
Mayotte	35 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	79 (0%)	6 (0%)
Normandie	607 (2%)	113 (3%)	2 (1%)	1020 (2%)	334 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	692 (3%)	122 (3%)	2 (1%)	1342 (3%)	307 (2%)
Occitanie	692 (3%)	156 (4%)	2 (1%)	2086 (4%)	383 (3%)
Pays de la Loire	673 (2%)	88 (2%)	0 (0%)	1188 (3%)	331 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1630 (6%)	287 (7%)	17 (7%)	3570 (8%)	670 (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 1 950 lits disponibles en réanimation. **Le TO national en réanimation semble en baisse à 67%.** L'IDF reste tendue mais stable à 91% de TO, **en saturation**. On observe une amélioration de la situation en Pays-de-la-Loire, en Corse, en Bretagne et en ARA. **La situation se dégrade à la Réunion (passage de 59% à 67% de TO entre le 27/04 et le 28/04) et en BFC (passage de 65% à 72% de TO entre le 27/04 et le 28/04).** 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 (256 lits ce jour, contre 255 la veille) **avec une tension importante dans certains départements**. Ainsi, le Val-d'Oise reste en saturation avec **seulement 7 lits disponibles**. La situation reste proche de la saturation dans l'Essonne avec 19 lits disponibles le 28/04. La situation dans les Yvelines s'améliore avec 25 lits disponibles depuis 3 jours.

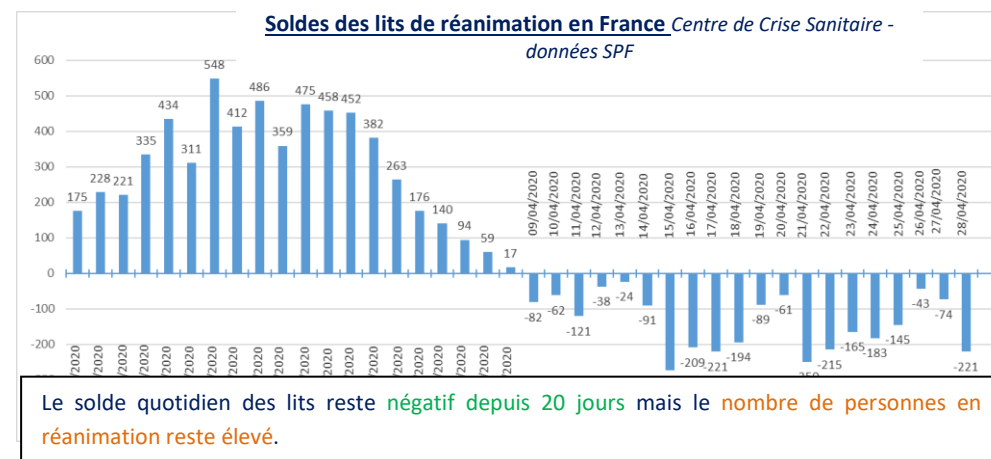
ARA : le capacitaire est stable (passage de 1 148 lits le 28/04 contre 1 177 lits le 21/04). Le taux d'occupation continue de baisser à 69% ce jour. **La situation se détériore dans l'Isère**

avec un TO à 82% et continue à s'améliorer dans le Rhône (72% de TO). La situation, qui s'était améliorée dans l'Ardèche la veille, s'est à nouveau dégradée (80% de TO) ainsi que la Drôme (82% de TO). Les autres départements sont à moins de 70% de TO.

BFC : le capacitaire remonte à 429 lits en légère oscillation depuis quelques jours. La tension globale de la région remonte à 72 % de TO. **La Haute-Saône reste en situation de quasi saturation (92% de TO).** La Nièvre reste à un niveau élevé de tension (86% de TO). La situation du Doubs, qui s'était largement améliorée le 27/04 avec 61% de TO se dégrade fortement à 90% de TO. Les autres départements sont à moins de 78% de TO.

Grand Est : le capacitaire baisse légèrement à 1 01 lits installés au 27/04 soit son niveau du 27/03. Le taux d'occupation global de la région continue de décroître à 64% (80% le 09/04). **Le taux d'occupation des unités de réanimation en Haute-Marne s'améliore par rapport à la veille à 73% de TO.** La situation reste tendue dans la Meuse avec 83% de TO et dans le Bas-Rhin avec 78% de TO. Les autres départements sont à moins de 73% de TO.

HDF (données du 27/04) : le capacitaire est en baisse à 785 lits installés soit autant que le 01/04. **Le taux d'occupation global se maintient avec 66% ce jour. La situation reste tendue dans l'Oise avec un TO de 86% ce jour et dans l'Aisne à 76% de TO avec seulement 21 lits disponibles.** Les autres départements sont à moins de 67% de TO (64% pour le département du Nord).



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**.

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 précédentes**.

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 27 avril (minuit), 6 738 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 4 458 (66%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 2 280 (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 27 avril 2020 – données SPF

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total	Nouveaux cas en 24h
Signalements ⁵	4 458	1 748	288	244	6 738	29
Cas confirmés ⁶	27 705	2 785	97	230	30 817	590
Cas possibles ⁷	33 344	4 826	313	593	39 076	1 573
Cheez les résidents						
Nombre total de cas ^{6,7}	61 049	7 611	410	823	69 893	2 163
Cas hospitalisés	7 222	893	15	127	8 257	75
Décès hôpitaux ⁸	2 932	181	0	11	3 124	65
Décès établissements ⁸	8 735	94	0	21	8 850	54
Cheez le personnel						
Cas confirmés ⁶	13 352	2 784	237	175	16 548	219
Cas possibles ⁷	14 418	5 183	694	360	20 655	84
Nombre total de cas ^{6,7}	27 770	7 967	931	535	37 203	303

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 déficient auditifs et visuels), autre 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 : 50 demandes presse

(Commandes de tests - IVG et Covid-19 - tests sérologiques - stocks de masques - port du masque - gestion de déchets)

Réseaux sociaux

Plan de déconfinement - Pistes de traitement - Sous-estimation supposée de la mortalité en réa

Sujet de plus en plus abordé : la montée de la précarité en lien avec la crise du coronavirus, un sujet de préoccupation grandissant

Numéro vert : ces dernières 24H : 14 493 appels reçus.

➤ DIFFUSION DES MESSAGES DU MINISTERE DES SOLIDARITES LA SANTE

INFORMATION DES ARS, DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

MESSAGES DIFFUSES*	DATE	OBJET
MINSANTE/CCS n°2020_91	27/04/2020	Renforcement de l'accès à la naloxone pour les usagers à risque de surdose d'opioïdes et leur entourage
MINSANTE/CCS n°2020_92	28/04/2020	Activité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)
MINSANTE/CCS n°2020_93	28/04/2020	Domaine funéraire COVID-19
MARS n°44	28/04/2020	Activité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

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

➤ MOBILISATION DES RENFORTS PAR LE CCS

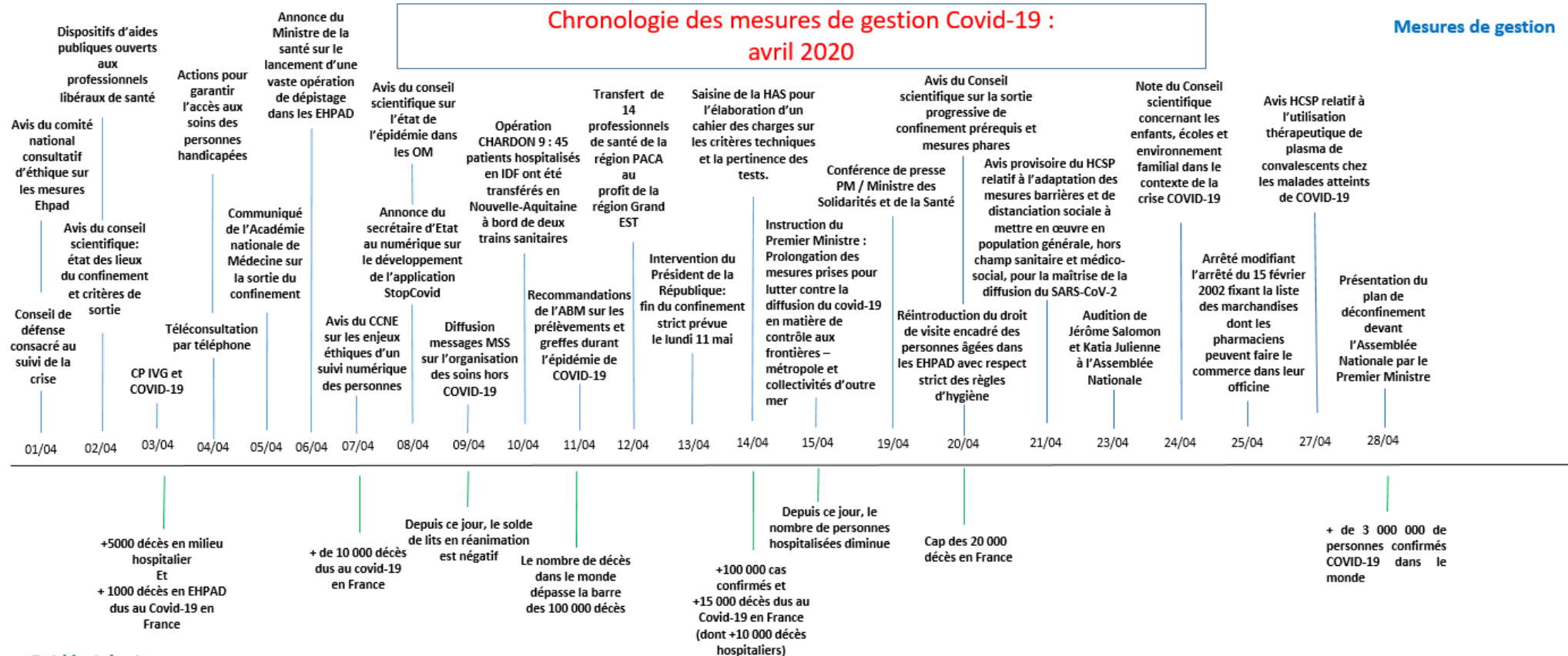
➤ La mobilisation sanitaire représente 9 581 jours réservistes (données SPF)

➤ POINT REGLEMENTATION

➤ Arrêté du 25 avril 2020 modifiant l'arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine : Liste complétée par « **les masques non sanitaires fabriqués selon un processus industriel et répondant aux spécifications techniques applicables** »

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : avril 2020

Mesures de gestion



2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le Conseil national du numérique (CNNum) a publié le 24 avril 2020 son avis sur le projet d'application StopCovid. Favorable à l'application comme brique d'une stratégie globale, il pose des conditions pour garantir intérêt général et Etat de droit et insiste sur les facteurs clés de réussite de l'appropriation (inclusion numérique, accessibilité et loyauté de l'information). **Parmi les 15 recommandations du CNNum :**

- ① un comité de contrôle (parlementaires, chercheurs, citoyens), habilité à arrêter
- ③ une seule application pour la France, sous l'autorité du ministère de la santé
- ⑦ un numéro vert dédié permettant de signaler mésusages et dérives
- ⑩ accompagner, voire équiper, les personnes éloignées du numérique

L'Académie nationale de médecine (ANM) a publié le 27 avril 2020 un communiqué sur la télémedecine appliquée aux maladies cardio et neuro vasculaires lors du confinement.

L'ANM considère que la télémedecine peut permettre une continuité de suivi des patients (sans risque lié au COVID-19), selon **trois types de prestations :**

1/ les véritables téléconsultations avec contact téléphonique, éventuellement visuel, ce qui est adapté à un patient stabilisé

2/ la télétransmission d'ECG simplifiés et la télémessure de la pression artérielle

3/ la télésurveillance des stimulateurs cardiaques et défibrillateurs implantés

Elle rappelle **les limites de la télésurveillance en situation dégradée** et recommande :

- une consultation traditionnelle pour tout patient contrôlant mal sa maladie
- l'alternance téléconsultations/ consultations traditionnelles pour maintenir le lien soignant/soigné et permettre examen clinique, ECG ou autres explorations
- le développement de plateformes de téléconsultation dans les établissements médico-sociaux (dont EHPAD) pour un suivi régulier et renforcé des résidents
- l'utilisation large de la télésurveillance pour le suivi des insuffisants cardiaques et des patients porteurs d'un stimulateur ou d'un défibrillateur

La Société française de médecine générale (SFMG) a publié le 27 avril 2020 la 4^{ème} synthèse des remontées COVIGIE de professionnels de santé extrahospitaliers (11 contributions reçues).

Problèmes signalés : conduite à tenir par un soignant en contact avec un cas à domicile ; paramédicaux pour soins à domicile ; questions de patients sur le déconfinement

Solutions proposées : éduquer au bon usage des masques et gants ; supprimer le cartable et porter une blouse à l'école ; arbre décisionnel « cas contact » lors du déconfinement

Signaux faibles : symptomatologie chez cas suspects (tachycardie après 10 jours) ; immunité des chats porteurs du coronavirus félin ?

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), le Collège de la médecine générale (CMG) et la Fédération des spécialités médicales (FSM) appellent dans un communiqué commun du 27 avril 2020 à placer les médecins et les autres soignants au cœur de la stratégie nationale post-déconfinement.

Le confinement et les craintes liées à l'épidémie ont eu des **effets inquiétants de santé publique** : baisse des consultations, retards de soins et de vaccination, complications graves et nécessité de soins urgents, stockage de médicaments.

En sortie de confinement, le médecin de ville aura un rôle multiple :

- Reprendre le suivi de malades chroniques en rupture de prise en charge médicale ; réaffirmer le dépistage et la vaccination des nourrissons
- Accompagner le patient dans son déconfinement, en l'éclairant sur l'incidence de ses pathologies et de ses facteurs de risque
- Dépister les patients atteints du COVID-19 et les accompagner dans un plan personnalisé de soins et de confinement tout au long de la période
- Assurer la reprise des soins, dans un cadre à établir par le CMG et les conseils nationaux professionnels (CNP) des autres spécialités réunis au sein de la FSM
- Reprendre les activités chirurgicales en complémentarité avec l'hôpital
- Prioriser la protection des professionnels de santé
- Favoriser la régulation des RDV et le suivi des patients par l'usage du numérique

Le CNOM, le CMG et la FSM demandent les mesures suivantes :

- Concerter avec les CNP avant toute diffusion de recommandation d'exercice médical par le ministère de la santé
- Assortir le post-confinement généralisé de la population, notamment des patients plus fragiles, d'une **(télé)consultation spécifique chez le médecin traitant**, identifiée comme telle par l'assurance maladie
- **Renforcer la coopération ville-hôpital** pour le suivi des patients infectés, les médecins de ville pouvant se déplacer auprès des patients
- **Accompagner les patients en grande précarité ou sans médecin traitant** (2,5 millions de résidents). Impliquer pour cela, en lien avec les services d'urgence, les **unités dédiées Covid-19** sur le territoire (médecins de ville et volontaires : réserve sanitaire, remplaçants, jeunes retraités) et les associations caritatives
- Permettre la **participation de médecins de ville** ou de remplaçants, **aux soins des résidents d'EHPAD**, sur la base du volontariat et après dépistage
- Mobiliser les médecins pour un **dépistage massif en milieu pénitentiaire** (détenus et personnels), très vulnérable à l'épidémie

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)

Le Conseil scientifique COVID-19 a publié le 25 avril 2020 son avis sur les enfants, les écoles et l'environnement familial dans le contexte du COVID-19.

Cet avis du 24 avril 2020 recommande des mesures sanitaires d'accueil et de surveillance des élèves et établissements pendant les temps scolaire et périscolaire **jusqu'à début juillet 2020**. Il s'articule avec les principes contenus dans l'avis du 20 avril 2020 du Conseil scientifique sur les conditions et modalités de sortie progressive du confinement (notamment : suivi des cas, dépistage, isolement). Le Conseil scientifique y avait conseillé de maintenir fermés les établissements jusqu'en septembre. Dans l'avis du 24 avril 2020, il prend acte de la décision politique de réouverture prudente et progressive des écoles à partir du 11 mai 2020. Le Conseil scientifique est favorable au **principe du volontariat et de non-obligation** de la part des familles, avec la possibilité d'une poursuite de l'enseignement à distance.

Faible gravité du COVID-19 chez les enfants :

- Prévalence du virus, par rapport à celle des adultes : voisine chez les 10-19 ans, plus faible chez les moins de 10 ans
- Formes cliniques bénignes (davantage ORL que pulmonaires), voire absence de symptômes
- Pas d'épidémie connue à ce jour en crèche ou en milieu scolaire (sauf à Crépy-en-Valois)
- Nécessité d'évaluer rétrospectivement la circulation du virus chez les enfants lors de la première vague épidémique, en menant des enquêtes sérologiques (en école et sur les fonds de tube pédiatriques des prélèvements faits en laboratoire ou à l'hôpital)

16 prérequis et préconisations pour la réouverture des écoles :

- 1) information et formation : en amont de la reprise et le jour de la rentrée
- 2) entrées et sorties des écoles : éviter les rassemblements des parents et des enfants et les croisements d'élèves d'un niveau à l'autre
- 3) aménagement et entretien des établissements : lavage des mains à plusieurs reprises dans la journée, bio-nettoyage des locaux
- 4) adaptation des règles de distanciation physique en milieu scolaire : au moins 1 mètre entre les tables et lors des déplacements (même si cela peut s'avérer compliqué) ; si besoin aménager le rythme scolaire pour fractionner les classes (matin / après-midi, 1 semaine sur 2)
- 5) réduction du brassage des élèves dans les établissements : éviter que les élèves se croisent entre classes et entre niveaux (y compris lors des récréations) ; si possible faire déjeuner les élèves à leur table en salle de classe

6) rôle des parents : veiller à l'hygiène des mains au retour à la maison ; surveiller l'apparition de symptômes chez l'enfant et, s'ils sont évocateurs, ne pas l'envoyer à l'école et prendre l'avis du médecin traitant ; ne pas entrer dans l'école ni s'attarder devant

7) port du masque : impossible en maternelle, recommandé dès le CP

8) personnels des établissements ou transports scolaires à risque de forme grave (ALD ou s'estimant à risque, cf. avis du 6 avril 2020 du Conseil scientifique) : se faire évaluer par le médecin traitant avant le 11 mai

9) appliquer les règles de distanciation physique dans les transports scolaires et accroître l'offre de transport pour y espacer les élèves

10) contrôler le temps périscolaire et dépister largement les cas contact en cas de diagnostic de contamination d'un enfant ayant participé à ces activités

11) accueil des internes dans le respect des règles de distanciation physique et limité aux élèves dont le retour à l'école est un impératif scolaire ou social

12) en lycée professionnel : organiser l'enseignement technique (atelier) en respectant la distanciation et en évitant le partage des postes de travail

13) permettre l'accueil des élèves en situation de handicap et/ou en ULIS dans les mêmes conditions de sécurité sanitaire que les autres et adapter l'information et l'apprentissage des gestes barrières aux handicaps

14) tests : impossibilité matérielle d'un dépistage systématique par PCR ; ne réaliser de tests sérologiques que dans un but épidémiologique

15) gestion d'un cas suspect en établissement scolaire : prévoir un dispositif et en informer les parents et les personnels avant le 11 mai 2020 ; éviction immédiate d'un enfant si symptôme évocateur détecté à l'école (prise de température en cas de doute, mais pas systématique à l'entrée) avec alerte des parents qui devront faire dépister leur enfant (méthode de prélèvement adaptée aux jeunes enfants) et l'isoler au domicile ; retour à l'école conditionné au résultat du test ; si l'enfant est contaminé, tous les membres du foyer sont testés et la méthode d'isolement est définie en accord entre médecin ou équipe mobile COVID-19 et parents

16) en cas de détection d'un cas dans l'établissement : diagnostic le plus précoce possible au sein de l'école par une équipe mobile COVID-19, de tous les élèves de la classe ou de toutes les classes du niveau selon l'organisation retenue par l'établissement ; fermeture de la classe ou de toutes les classes du niveau, avec éviction des élèves concernés pendant 14 jours

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)

Le HCSP a récemment publié 4 avis élaborés entre le 30 mars et le 24 avril 2020.

Adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale en population générale (hors champ sanitaire et médico-social) pour la maîtrise de l'épidémie : [avis du 24 avril 2020](#).

Le HCSP recommande **trois principales mesures barrières** à appliquer au quotidien par la population générale, les autorités et les employeurs lors de la sortie du confinement :

- la **distanciation physique** (1 mètre, davantage en situation particulière de type sport) ;
- une **stricte hygiène des mains** ;
- le **port de masques alternatif ou grand public**. « *Les masques doivent être portés systématiquement par tous dès lors que les règles de distanciation physique ne peuvent être garanties. Le double port du masque (par les 2 personnes possiblement en contact) garantit en effet une protection* ». Le HCSP insiste sur les **règles d'usage des masques** : ajustement au visage, ne pas toucher le masque en le portant, lavage du masque. Le port du masque vient **en complément et ne dispense pas** des règles de distanciation et d'hygiène des mains.

Le HCSP préconise également **trois mesures environnementales** :

- le **nettoyage** et la **désinfection** des lieux publics extérieurs et intérieurs (mais pas la voirie) ;
- la **gestion des effluents** ;
- la **maîtrise des systèmes de ventilation/climatisation**.

Dans ce cadre d'ensemble, les recommandations détaillées de « mesures non pharmaceutiques » figurent dans **20 chapitres par activité ou dispositif**.

Risque résiduel de transmission du COVID-19 sous forme d'aérosol, en milieu de soin, dans les autres environnements intérieurs et à l'extérieur : [avis du 8 avril 2020](#), complété par une [lettre du 17 avril 2020](#). En l'état des connaissances :

- le **risque de transmission par aérosol existe** dans les milieux clos de soins et dans les environnements intérieurs clos, confinés, mal aérés ou ventilés ;
- le risque paraît en revanche **très faible en milieu extérieur et dans les grands espaces clos** compte tenu de la dilution des aérosols viraux ;
- rôle direct de la pollution atmosphérique dans la propagation non avéré mais l'exposition chronique à la pollution aggrave les pathologies respiratoires.

Le port de masque alternatif, bien utilisé, réduit fortement la transmission (notamment lors de déplacements en milieu clos ou peu aéré). Les malades COVID-19 doivent porter un masque chirurgical au moins au domicile afin de protéger les proches et l'environnement.

Le HCSP maintient sa recommandation d'une distance physique d'1 mètre, voire davantage lors d'activités sportives (éviter les sports collectifs). Il préconise le nettoyage et la désinfection des climatisations et des filtres sur les véhicules individuels ou collectifs.

Personnes à risque de forme grave de COVID-19 et mesures barrières spécifiques à ces publics : [avis du 20 avril 2020](#) qui actualise, en vue du déconfinement, **[l'avis du 31 mars 2020](#)** sur les personnes à risque de forme grave.

Les catégories de personnes concernées sont : les plus de 65 ans ; les sujets avec antécédents cardiovasculaires ; les diabétiques non équilibrés ou avec complications ; les sujets ayant une pathologie chronique respiratoire ; les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique dialysée ; les malades atteints de cancer évolutif sous traitement ; les personnes obèses (IMC > 30kg/m²) ; les personnes immunodéprimées ; les malades de cirrhose B aggravée ; les femmes enceintes à partir du 3^{ème} mois de grossesse ; les sujets présentant un symptôme drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie.

Ces publics doivent **porter un masque grand public** hors de chez eux ou en présence de visiteur et un masque chirurgical en milieu de santé. Ils doivent appliquer une **stricte hygiène des mains** et la **distanciation physique**.

Le HCSP estime **souhaitable qu'ils se confinent volontairement** et qu'ils privilégient le **télétravail à domicile** et, si nécessaire, une alternance télétravail à domicile / travail en milieu professionnel. **Les visites à domicile** doivent être limitées et encadrées et le visiteur porter un masque grand public (principe de double barrière). **Les contacts avec les milieux de soins doivent être limités** en privilégiant les solutions alternatives aux consultations présentes et à l'hospitalisation classique. **Les soignants à risque de forme grave** doivent se signaler à leur service de santé au travail et éviter de s'exposer à un cas infecté.

Prise en charge de personnes en situation de précarité dans le contexte du COVID-19 et de la prolongation du confinement : [avis du 30 mars 2020](#).

Les personnes précaires, sans logement stable et à l'état de santé fragile, sont **très vulnérables** à l'épidémie et souffrent des contraintes liées au confinement. En complément des actions déjà engagées, le HCSP préconise des mesures pour **limiter les contaminations** liées aux conditions de vie, permettre à ces personnes de respecter le confinement, faciliter **l'isolement et la prise en charge** des malades et développer des équipes mobiles. Il recommande aussi de garantir la **continuité de l'accompagnement** médico-social et alimentaire existant. Il prône la mise en place d'actions spécifiques pour faire face à l'épidémie, comme de fournir des outils d'information et d'hygiène adaptés aux différents publics ou, pour les personnes atteintes, l'ouverture de centres ou de secteurs dédiés.

2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE -

Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19, 15/04/2020

<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5.pdf> Xi He, et al.

Etude conjointe de l'Université de Médecine de Guangzhou (Chine) et du Centre Collaborateur de l'OMS de l'école de santé publique de l'Université de Hong Kong concernant le profil infectieux de patients atteints du COVID-19 et leur probable contagiosité pendant la période pré-symptomatique.

Méthode :

Etude réalisée dans le 8^{ème} hôpital de Guangzhou, spécialisé dans le traitement des patients COVID depuis le 20 janvier 2020. Identification des cas suspects et confirmés entre le 21 janvier et le 14 février, prélèvements pharyngés de patients asymptomatiques ou à forme légère à modérée. Sélection de 94 patients avec au moins un test positif à la RT-PCR. Suivi de la charge virale dans les prélèvements. Etude bibliographique sur des paires de patients « infectant / infecté » avec un lien épidémiologique avéré. Analyse statistique sur les données cliniques et épidémiologiques pour évaluer la période de contagiosité pré-symptomatique.

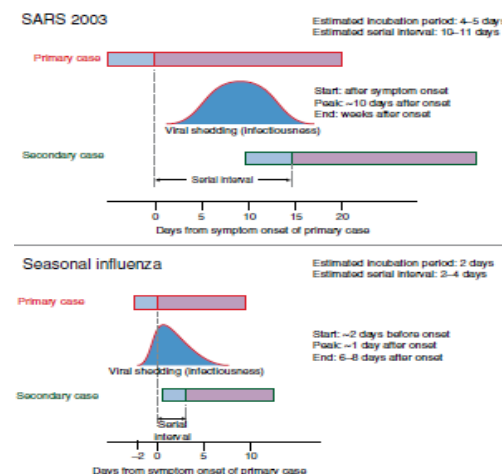
Résultats principaux :

Sur les 94 patients admis, 50% étaient des hommes, d'âge médian 47 ans, et 66% présentaient une forme de maladie modérée (fièvre ou symptôme respiratoire et preuve de pneumonie à la radiographie) mais aucun de forme sévère ou critique. 414 prélèvements ont été réalisés sur ces 94 patients, de la survenue des symptômes jusqu'à J32 (après apparition des symptômes). **Des charges virales élevées ont été détectées peu après le début des symptômes, puis ont décliné jusqu'à la limite de détection à J21. Pas de différence significative au niveau de la charge virale en fonction du sexe, groupe d'âge ou sévérité de la maladie.**

De façon séparée, et basée sur des données disponibles en Chine et en dehors de Chine, sur 77 transmissions « infectant/infecté », l'intervalle de série (durée entre les débuts d'apparition de symptômes chez des cas successifs au sein d'une chaîne de transmission) était en moyenne de 5,8 jours (fourchette 4,8-6,8) avec une médiane à 5,2 jours (4,1-6,4). Avec une hypothèse d'une période d'incubation estimée à 5,2 jours (donnée issue d'une publication), les auteurs estiment que **la période d'infectiosité commencerait 2,3 jours avant l'apparition des symptômes (0,8-3) et que le pic de contagiosité aurait lieu 0,7 jours (0,2-2) avant l'apparition des symptômes. 44% (25%-69%) des infections auraient pour origine une personne pré-symptomatique.** L'infectiosité déclinerait rapidement dans les 7 jours. A noter que la plupart des cas étaient isolés dès l'apparition des symptômes, ce qui a pour but de diminuer les transmissions post-symptomatiques.

Des proportions de transmissions pré-symptomatiques plus importantes, de l'ordre de 48% et 62%, ont été décrites à Singapour et à Tianjin, dans lesquels le contact tracing est développé. Les pays dans lesquels le **contact tracing est développé tendent à avoir une proportion de transmissions pré-symptomatiques plus importante du fait de mise en quarantaine rapide des cas contacts avec isolement**, réduisant ainsi la probabilité de cas secondaires. Lorsque le contact tracing n'est plus possible, lors de l'expansion de l'épidémie, la proportion de transmissions pré-symptomatiques devrait être plus faible.

Leur analyse suggère que l'excrétion virale commencerait 2 à 3 jours avant l'apparition des premiers symptômes. Lors de l'apparition des symptômes, la charge virale diminuerait progressivement. Une autre étude de Wuhan suggère que le virus a été détecté avec une médiane de 20 jours (jusqu'à 37 jours) après apparition des symptômes, mais **l'infectiosité diminuerait significativement 8 jours après le début des symptômes**, du virus vivant ne pouvant plus être cultivé. **Ces résultats semblent démontrer que le profil infectieux du SARS-CoV2 ressemblerait plus à celui de la grippe qu'à celui du SRAS**, bien qu'il n'y ait pas eu de donnée sur l'excrétion virale avant symptômes :



Pour un R_0 à 2,5, la recherche des cas contacts et l'isolement ont moins de chance de réussir si plus de 30% des transmissions se produisent avant le début des symptômes, sauf si plus de 90% des contacts peuvent être tracés. **Si la définition des cas contacts couvre 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes du cas index** (comme cela a été fait à Hong Kong et en Chine continentale depuis fin février), la mesure est plus à même d'être efficace. Après le confinement, la recherche des contacts constitue toujours une mesure importante, par

exemple lorsqu'il y a des événements à forte propagation dans des milieux à risque comme les maisons de retraite ou les hôpitaux. **Avec une proportion substantielle de transmissions pré-symptomatiques, des mesures telles que l'amélioration de l'hygiène personnelle et la distanciation sociale seraient probablement le principal instrument de contrôle de maladie.**

Plusieurs limites dans cette étude : biais sur la date d'apparition des premiers symptômes (reposant sur la mémoire du patient), qui tendrait ainsi à être retardée. La proportion de transmissions pré-symptomatiques serait artificiellement augmentée. Les patients ont reçu des traitements spécifiques à leur pays d'appartenance, ce qui pourrait modifier leur excrétion virale.

Conclusion : l'excrétion virale des patients avec COVID-19 confirmé atteindrait un pic avant le début des symptômes ou le jour d'apparition des symptômes, et une proportion importante de la transmission se produirait **avant les premiers symptômes chez le cas index**. Les auteurs estiment que des **critères de recherche des contacts remontant 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes devraient être envisagés d'urgence pour contrôler efficacement l'épidémie.**

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)

Transport de personnes / restriction de déplacement : RAS

Contrôle des exportations des équipements de protection individuels (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
Mardi 28 avril 2020	0	93	Indisponibles (ASA) = 1 598 Télétravail = 11 359	NC	4

4. RESSOURCES MATERIELLES CRITIQUES

Actions réalisées

Médicaments : Diffusion du MINSANTE 2020 – 89 sur l'achat et l'approvisionnement des établissements de santé pour certains médicaments prioritaires

EPI (hors masques) : finalisation de l'expression des besoins des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels de ville pour les mois suivant le déconfinement

Actions en cours

Médicaments : lancement de la procédure de distribution des médicaments dits prioritaires pour une livraison prévue le 30/04. Plan de dotation hebdomadaire validé par le Cabinet.

Respirateurs : livraison des premiers appareils Osiris 3 vers les SAMU des 5 DOM et en IDF (94,95), 85 (PDL) et 82 (Occitanie) en cours - Respirateurs autres qu'Osiris : 80 appareils ont été attribués pour cette semaine 18 aux régions Bourgogne Franche Comté, Guyane, Ile de France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Occitanie et PACA, l'acheminement de ceux-ci est en cours

Le Haut Conseil en Santé Publique a été saisi par le pôle expertise afin de se prononcer sur la pertinence de la mise en place de contrôles d'accès par prise de température au sein des structures sanitaires et médicosociales. La réponse permettra ensuite d'évaluer les besoins en dotation de stock d'Etat de thermomètres.

Arbitrages en cours :

EPI dont masques : dans le cadre du plan d'action déconfinement, transmission au cabinet PM de la stratégie d'approvisionnement des produits et équipements nécessaires au fonctionnement du système de santé et de la doctrine d'utilisation des masques

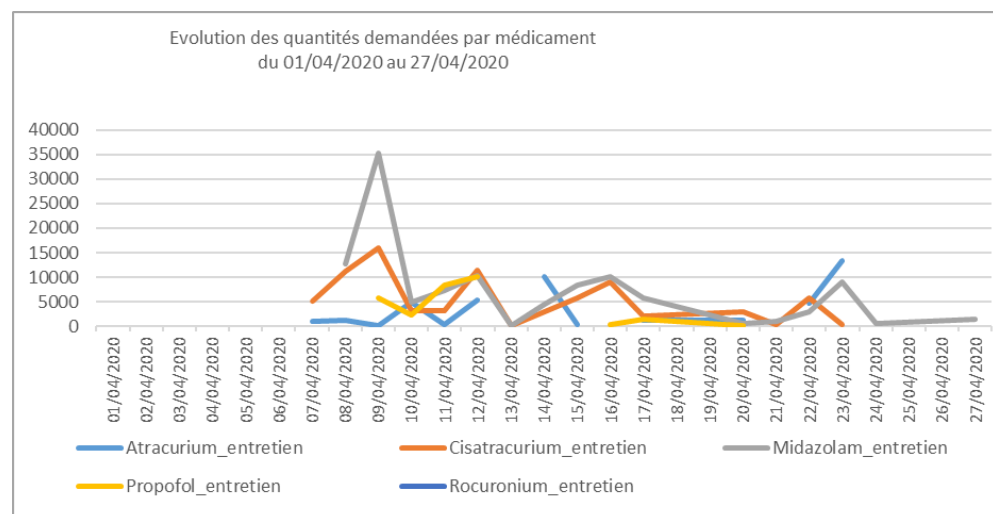
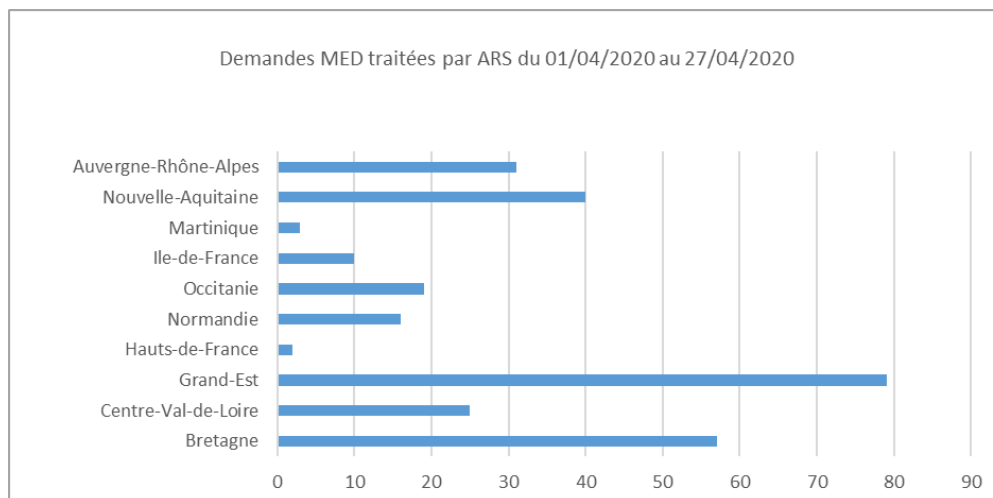
EPI : règles de priorisation des affectations en cours de validation

Gestion des demandes urgentes

15 demandes MED et 22 demandes DM du 24 au 28 avril, toutes traitées.

Actions réalisées : **pour MED** : relance fournisseur via l'ANSM, pour chacun des bons de commandes urgents sans visibilité sur la livraison - **pour DM** : soit contact direct fournisseur ; soit remontée ANSM pour saisine fournisseurs – soit information de l'ARS des tensions suivies de manière hebdo par l'ANSM sur chaque famille de DM en tension

Gestion des demandes urgentes :



5. 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

ANTICIPATION LOGISTIQUE

Masques : préparation des éléments de réponse aux questions posées par les ARS concernant les masques distribués (FAQ)

Tests et réactifs : travaux en cours avec la cellule Expertise du CCS pour caractériser le besoins et prendre en compte les aspects logistiques (écouvillons, réactifs et automates)

ACHATS

Priorités :

- Effort sourcing : masques, blouses, gants, tests et médicaments (Propofol et Midazolam)

Tests :

- Retour d'HOLOGIC à la lettre d'intention et courrier d'engagement signé pour 300 000 tests/mois (PCR-RT)

LOGISTIQUE AVAL

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

- Fin de préparation « Réassort S18 » (29,4M CHIR, 4,5M FFP2)
- Planification en cours « Réassort S19 »

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

- Livraison « réassort S17 » achevée le 27/04 (8M CHIR et 1,6M FFP2)
- Préparation « Réassort S18 » en cours (8M CHIR et 1,6M FFP2)
- Fin de planification « Réassort S19 »

LOGISTIQUE AMONT

- 2 vols ce jour (17,6 M masques) / 5 autres vols cette semaine
- Vols supplémentaires S19 (CNMD/CEVA) : planification en cours 300 m3 sur le vol du 4 mai

DOUANES et IMPORT

Mise en place d'une procédure douanière pour VINCI CONSTRUCTION pour réduire les délais de traitement administratif des importations aux douanes.

DONS

Etat néant

URGENCES et FLUX PARTICULIERS

- 2 500 sur-blouses et 12 400 masques pédiatriques (ARS BRETAGNE)
- 15 000 masques pédiatriques (ARS NOUVELLE AQUITAINE)

POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES

Médicaments : signature du contrat avec Sanofi