

1. SITUATION INTERNATIONALE

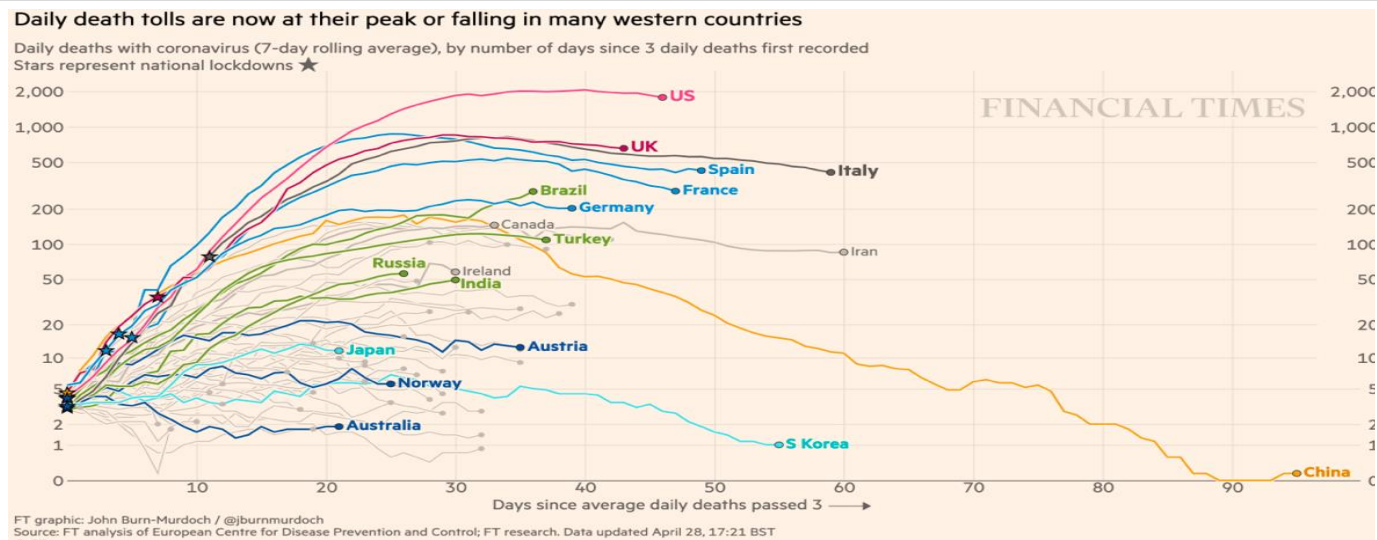
BILAN EPIDEMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données à 15h32)

- **Total cas confirmés : 3 218 430 (+79 015)**
- **Total guéris : 991 999 (+44 495)**
- **Total décès : 228 625 (+10 169)**
- **Total pays/territoires touchés : 186 (+1)**

Les Etats-Unis rapportent environ 2 600 décès en 24h et un total de 1 040 488 cas, soit près du tiers des cas dans le monde.

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



EUROPE

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

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 cette dernière semaine, en particulier dans la capitale Moscou. Le bilan russe dépasse les 100 000 cas.

De nombreux pays se préparent au déconfinement.

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 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. Presque tous les pays africains enregistrent au moins un cas, avec des différences de dynamique entre Afrique du Nord et Afrique subsaharienne.

Le nombre de cas en Afrique du Sud a cependant dépassé le chiffre symbolique de 5.000.

ASIE

A Singapour, le nombre cumulé de cas par habitant est désormais supérieur à la France à l'Allemagne, avec plus de 16 200 cas et 14 décès. La Corée du Sud a annoncé jeudi n'avoir enregistré aucun nouveau cas de transmission pour la première fois depuis que la maladie est apparue dans le pays il y a plus de 70 jours.

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 :

- **Corée du Sud** : pour la première fois le pays n'enregistre aucun nouveau cas en 24h, alors qu'il avait été l'un des pays avec la plus forte progression au début de l'épidémie. **Taïwan** a le même résultat depuis 4 jours et **Hong Kong** depuis 5 jours.
- **L'OMS rassemble de nouveau ce jeudi 30/04 son Comité d'urgence**. Les experts du comité évalueront l'évolution de la pandémie et s'exprimeront sur l'actualisation de leurs recommandations.

UNION EUROPEENNE / UK / EEA :

- **G7 Santé** : les US ont fait part de la baisse des nouveaux cas et ont indiqué que leur stratégie de déconfinement reposait sur une mise en œuvre en 3 phases (avec 15 jours entre les différentes phases) et différente selon les Etats. CAN, dont le R0 est inférieur à 1, a également indiqué une baisse du nombre de cas tout en précisant que certaines minorités (prisons) et provinces étaient plus touchées et souhaite une coordination G7 sur les questions de frontières. **JAP a précisé qu'il évaluait actuellement la possibilité que les dentistes effectuent les prélèvements et a indiqué que des tests sérologiques sensibles dès les premiers symptômes seraient disponibles début mai**. DE va rouvrir ses écoles et églises le 06/05 et compte maintenir 20-30% des places de réanimation pour les covid19+. RU a fait part de la baisse du nombre de nouveaux cas et de morts et a indiqué être intéressé par des études contradictoires sur l'efficacité du remdesivir de Gilead (après les annonces US). Le R0 sera pour eux le principal indicateur pour le déconfinement. IT a indiqué la mise en œuvre d'un déconfinement progressif à partir du 01/05 par phases de 15j ainsi que la mise en place d'hôpitaux dédiés COVID-19. IT craint le non-respect des mesures barrières après le déconfinement et s'interroge sur la réouverture des églises et l'organisation des événements sportifs. La COM a mentionné la stabilisation de l'épidémie avec +d'1 million de cas et un R0 inférieur à 1 au niveau UE et a appelé à une coordination sur la question des frontières. Le prochain G7 santé portera sur la question OMS.
- **FR va recevoir le 12/05 54 000 masques chinois équivalent FFP2 achetés par la Commission (DG SANTE) via l'instrument de soutien d'urgence (ESI)**. 18 pays ont exprimé leur intérêt pour la première tranche de 1,5M de masques (sur 10M prévus à terme). Les masques ont été attribués selon la méthodologie de calcul de l'ECDC pour 50% de la quantité puis les 50% restants ont été distribués entre les pays, reflétant les différents niveaux d'allocations.
- **La COM** a communiqué sur :
 - (S.Kyriakides) [La réunion avec T. Breton et les industries pharmaceutiques et des dispositifs médicaux pour assurer la fourniture et la disponibilité des diagnostics, médicaments et équipements #COVID19 essentiels pour les hôpitaux, notamment dans le cadre des stratégies de sortie.](#)
 - Focus sur la « [coronavirus global response](#) » du 4/05.
 - L'annonce que 150 millions d'euros supplémentaires seront mis à disposition dans le cadre du projet pilote d'accélérateur du [Conseil européen de l'innovation \(EIC\)](#) pour aider les startups et les petites et moyennes entreprises à développer et à déployer des solutions innovantes pour faire face à la crise du coronavirus + [L'identification, via le hackathon de la COM #EUvsVirus de 117 solutions pour soutenir la reprise européenne et mondiale après l'épidémie de coronavirus.](#)
 - [La signature, par la BEI, d'une collaboration avec l'Autorité israélienne de l'innovation et d'un accord de financement de 50 millions d'euros avec Pluristem pour développer des thérapies pour le COVID-19 et d'autres besoins médicaux non satisfaits.](#)
- **AGENDA** : 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).

MONDE	Cas			Décès			Taux de létalité	Guéris		Pays touchés	
	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille		Total cumulé	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille
	3 212 262		79 899	228 299		10 352	7,1	986 062	48 025	186	1

Code couleur de variation des nouveaux cas et nouveaux décès

Evolution hebdomadaire (moyenne J-6 à J vs J-13 à J-7)	< -50%	-50 à -10%	Stable	-10 à +50%	> +50%
---	--------	------------	--------	------------	--------

Les pays en gras sont ceux ayant déjà initié leurs premières 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.

EUROPE	Cas			Décès			Taux de létalité	Evolution hebdomadaire (moyenne J-6 à J vs J-13 à J-7)		Cas par million d'habitants		Décès par million d'habitants	
	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille				Total cumulé	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille
								Nouveaux cas	Nouveaux Décès				
Espagne	236 899	5 073	4 771	24 275	520	453	10,2	-85%	-18%	5 072,8	102,2	519,8	9,7
Italie	203 591	3 360	2 086	27 682	457	323	13,6	-27%	-24%	3 359,6	34,4	456,8	5,3
Allemagne	161 552	1 935	1 493	6 467	77	153	4,0	-37%	-22%	1 934,8	17,9	77,4	1,8
Royaume Uni	166 441	2 466	4 091	26 097	387	4 419	15,7	-9%	+53%	2 465,8	60,6	386,6	65,5
Russie	106 498	730	7 099	1 073	7	101	1,0	+24%	+46%	729,9	48,7	7,4	0,7
Belgique	48 519	4 219	660	7 594	660	93	15,7	-28%	-32%	4 219,0	57,4	660,3	8,1
Pays-Bas	39 512	2 311	514	4 795	280	84	12,1	-41%	-29%	2 310,6	30,1	280,4	4,9
Suisse	29 586	3 440	179	1 716	200	17	5,8	-38%	-21%	3 440,2	20,8	199,5	2,0
France	166 628	2 560	-2 425	24 087	370	427	14,5	-28%	-34%	2 559,6	-37,3	370,0	6,6
Portugal	25 045	2 455	723	989	97	41	3,9	-35%	+1%	2 455,4	70,9	97,0	4,0
Irlande	20 253	4 133	376	1 190	243	31	5,9	-13%	+30%	4 133,3	76,7	242,9	6,3
Suède	21 092	2 109	790	2 586	259	124	12,3	+5%	-28%	2 109,2	79,0	258,6	12,4
Autriche	15 452	1 717	50	584	65	4	3,8	-21%	-15%	1 716,9	5,6	64,9	0,4
Danemark	9 356	1 613	150	452	78	9	4,8	-11%	-21%	1 613,1	25,9	77,9	1,6
Biélorussie	10 406	1 095	846	261	27	5	2,5	+66%	+18%	1 095,4	89,1	27,5	0,5
Ukraine	14 027	319	540	89	2	11	0,6	-10%	-11%	318,8	12,3	2,0	0,3
Luxembourg	3 769	6 282	28	89	148	0	2	-59%	-18%	6 282	46,7	148	0,0
Bulgarie	1 488	213	89	65	9	7	4	+53%	+15%	212,6	12,7	9,3	1,0
Hongrie	2 775	286	48	312	32	12	11	-22%	+5%	286,1	4,9	32,2	1,2
Rép. Tchèque	7 581	709	77	227	21	0	3	-47%	-61%	708,5	7,2	21,2	0,0
Norvège	7 710	1 428	105	207	38	12	2,7	-27%	-15%	1 427,8	19,4	38,3	2,2

AMERIQUE	Cas			Décès			Taux de létalité	Evolution hebdomadaire (moyenne J-6 à J vs J-13 à J-7)		Cas par million d'habitants		Décès par million d'habitants	
	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille		Nouveaux cas	Nouveaux Décès	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille
Etats-Unis	1 040 488	3 162	27 905	60 999	185	2 631	5,9	-3%	-10%	3 161,6	84,8	185,4	8,0
Brésil	79 685	378	6 450	5 513	26	430	6,9	+86%	+119%	377,7	30,6	26,1	2,0
Canada	52 865	1 414	1 715	3 155	84	172	6,0	-3%	+6%	1 413,5	45,9	84,4	4,6
Pérou	33 931	1 044	2 741	943	29	89	2,8	+89%	+50%	1 044,0	84,3	943,0	2,7
Chili	15 135	797	770	216	11	9	1,4	+19%	-15%	796,6	40,5	216,0	0,5
Mexique	17 799	139	1 047	1 732	14	163	9,7	+54%	+46%	139,5	8,2	1 732,0	1,3
Equateur	24 675	1 418	417	883	51	12	3,6	+362%	+132%	1 418,1	24,0	883,0	0,7

ASIE	Cas			Décès			Taux de létalité	Evolution hebdomadaire (moyenne J-6 à J vs J-13 à J-7)		Cas par million d'habitants		Décès par million d'habitants	
	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille		Nouveaux cas	Nouveaux Décès	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille
Turquie	117 589	1 410	2 936	3 081	37	89	2,6	-35%	+66%	1 409,9	35,2	36,9	1,1
Iran	94 640	1 142	983	6 028	73	71	6,4	-20%	-8%	1 141,6	11,9	72,7	0,9
Chine	83 944	59	4	4 637	3	0	5,5	-54%	#DIV/0!	58,5	0,0	3,2	0,0
Japon	13 965	110	229	425	3	31	3,0	-27%	-15%	110,0	1,8	3,3	0,2
Singapour	16 169	2 788	528	14	2	0	0,1	-15%	+0%	2 787,8	91,0	2,4	0,0
Corée du Sud	19 765	386	9 004	247	5	1	1,2	-29%	-36%	386,0	175,9	4,8	0,0
Israël	15 870	1 867	88	219	26	7	1,4	-41%	-61%	1 867,1	10,4	25,8	0,8
Inde	33 062	24	1 730	1 079	1	71	3,3	+29%	+47%	24,2	1,3	0,8	0,1
Indonésie	10 118	37	347	792	3	8	7,8	+3%	-10%	37,4	1,3	2,9	0,0
Bangladesh	7 667	47	564	168	1	5	2,2	+31%	-39%	47,0	3,5	1,0	0,0

AFRIQUE	Cas			Décès			Taux de létalité	Evolution hebdomadaire (moyenne J-6 à J vs J-13 à J-7)		Cas par million d'habitants		Décès par million d'habitants	
	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Total par million d'habitants	Nouveaux depuis la veille		Nouveaux cas	Nouveaux Décès	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille	Total cumulé	Nouveaux depuis la veille
Afrique du Sud	5 350	91	354	103	2	10	1,9	+52%	+23%	91,3	6,0	1,8	0,2
Egypte	5 268	52	226	380	4	21	7,2	+81%	+43%	52,5	2,3	3,8	0,2
Maroc	4 359	119	70	168	5	1	3,9	-30%	-14%	119,4	1,9	4,6	0,0
Algérie	3 848	89	199	444	10	7	11,5	+25%	-36%	89,3	4,6	10,3	0,2
Cameroon	1 832	71	26	61	2	2	3,3	+117%	-31%	70,7	1,0	2,4	0,1
Ghana	2 074	68	403	17	1	1	0,8	+1%	+600%	68,2	13,3	0,6	0,0
Tunisie	980	84	5	40	3	0	4,1	-35%	-33%	83,8	0,4	3,4	0,0
Guinée	1 351	106	111	7	1	0	0,5	+65%	-80%	105,5	8,7	0,5	0,0

FOCUS DECONFINEMENT

Les exigences européennes concernant l'utilisation d'applications de « tracing » et de données de mobilité

- La Commission a publié le 16/04 une **boîte à outils** précisant une série d'exigences. L'approche repose sur :
 - l'**utilisation d'applications mobiles** servant à l'alerte, à la prévention et au traçage des contacts. La Commission recommande une utilisation basée sur le volontariat, une anonymisation (*a minima* une pseudonymisation) des données et l'usage des technologies les moins intrusives et les plus appropriées, comme le Bluetooth, pour le cryptage des données, leur sécurisation, leur stockage et l'accès par les autorités sanitaires. Cependant, étant donné la nature même des applications de recherche des contacts, il n'est pas possible de développer une telle application en utilisant uniquement des données anonymes, car les utilisateurs doivent [être joignables à tout moment pour être informés qu'ils ont été en contact avec une personne infectée](#) ;
 - La **modélisation et la prévision d'évolution du virus**. La Commission souhaite s'appuyer sur les travaux initiés par des opérateurs mobiles et des plateformes numériques, qui ont mis à disposition des données de localisation agrégées et anonymisées, pour évaluer la circulation du virus, estimer l'efficacité du confinement et faciliter la mise en place d'une stratégie de déconfinement.
- Ces lignes directrices ont été complétées par celles de l'European Data Protection Board.
- La Commission ne privilégie aucune application ou protocole, mais souhaite s'assurer de l'interopérabilité des données.

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 prévu de déconfiner à partir de la semaine prochaine** : Israël 3/05, Italie 4/05, Belgique 4/05, Croatie 4/05, Chypre 4/05, Grèce 4/05, Nigéria 4/05, UK pas avant le 7/05, Espagne 10/05, Algérie 14/05.

La stratégie de suivi des contacts en Europe et à l'international

- Au sein de l'UE, les solutions volontaires** (DE soutient depuis le 26/04 l'application de traçage technologie développée par Google et Apple, ES « Chabot », UK, IT avec cartographie en temps réel des contacts suspects plus proche de la position FR, et NL), **fondées sur des données anonymisées et l'utilisation du Bluetooth, sont privilégiées par les Etats**. La question de l'architecture, centralisée ou décentralisée fait toujours débat entre les EM. Plusieurs pays déploient des applications avec géolocalisation (AT, NO, BU, CY) ou sans (DK, CH). AT réfléchit à rendre l'application Stopp Corona obligatoire. Aux NL le « tracing » est envisagé alors que LU y est opposé.
- Au Conseil Santé du 27/04, de nombreux EM (dont FR) ont cependant souligné que les applications ne pouvaient venir qu'en complément des mesures de contact-tracing « classiques »**. BE met en place des centres régionaux de suivi des contacts rapprochés des personnes testées positives.
- Au niveau international**, Google et Apple ont développés une technologie commune de suivi des contacts fondée sur le Bluetooth et la décentralisation. San Francisco, Singapour et la Corée du sud utilisent un système de traçage permettant de joindre les contacts proches en cas d'atteinte par le Covid-19. Le système coréen prévoit également des applications d'autodiagnostic (obligatoire pour les voyageurs) et une application de mise en quarantaine (volontaire) ayant recours à la localisation (hors GPS) et aux informations personnelles. La Chine utilise une application qui analyse le risque individuel et retient les déplacements (code QR coloré), voire impose une quarantaine de 7 ou 14 jours. Le système est plus ou moins restrictif en fonction des régions. L'Inde utilise une application de traçage fondée sur la géolocalisation comportant un outil d'identification des symptômes.

Les tests virologiques et immunologiques

- La plupart des **Etats membres** comptent augmenter leurs capacités de **test virologiques** (PCR). Les stratégies de dépistage varient : DE et AT continuent à dépister les cas suspects (cas symptomatiques ou contacts de cas confirmés), ES l'élargit aux asymptomatiques et chaque semaine à tous les personnels et résidents des Ehpad, LU logique de tests massifs avec 3% de la population testé et envoi de kits à domicile.
- Certains ont d'ores et déjà fait le choix d'utiliser des **tests sérologiques**, bien qu'ils ne soient pas encore validés (en plus de l'auto-marquage CE nécessaire) par les autorités sanitaires des EM. : ES (asymptomatiques en secteurs essentiels), DE (depuis mi-avril), IT à compter du 04/05 sur 150 000 personnes (campagne à visée épidémiologique). UK étudie la mise en place de « passeports d'immunité » avec un objectif de 25 000 tests / jour. FR s'est engagée à informer les EM des résultats de ses évaluations en cours.
- Au Canada, les **tests de détection rapide** sont privilégiés. La PCR est obligatoire pour toute personne entrant en Chine. A Wuhan : proposition d'un **test PCR** sur la base du volontariat pour toute personne asymptomatique et n'étant pas cas contact. A Pékin, toutes les personnes en provenance du Hubei et n'ayant pas un QR code vert sont testées. La Corée du sud a développé une approche par clusters avec un dépistage généralisé dans certains lieux ou organisations à risque. Le Département de Santé de l'Etat de New York a approuvé la mise en place de **tests d'immunité**, réalisables en 15 min et le Japon a indiqué que des tests sérologiques sensibles dès les premiers symptômes seraient disponibles début mai.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

129 581 cas confirmés en France (+1 139 en 24h)

49 476 personnes guéries parmi les patients hospitalisés

26 283 patients hospitalisés dont :

- 551 lits **en moins** occupés en 24h
- 1048 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h

7 166 patients admis en réanimation dont :

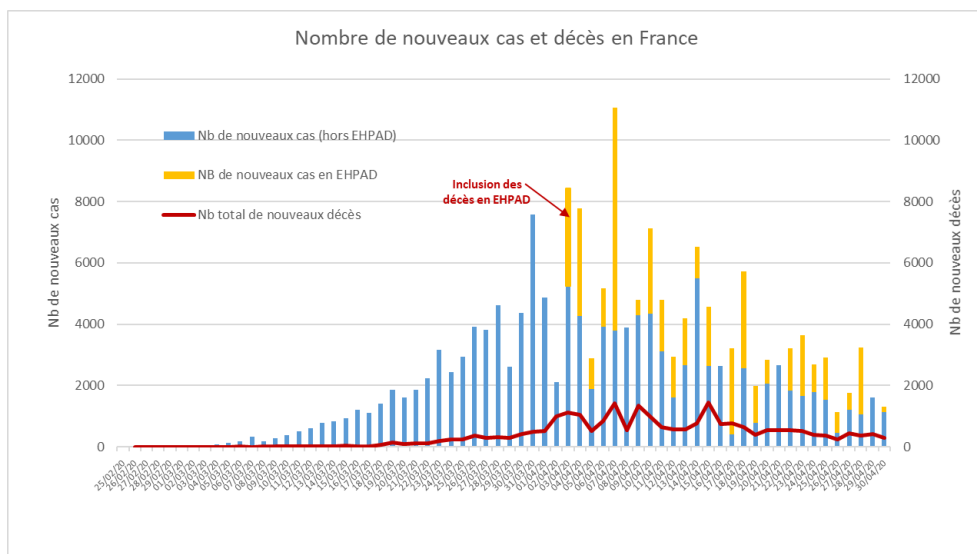
- **4 019** pour le COVID-19 :
 - 188 lits **en moins** occupés en 24h
 - 121 **nouveaux** patients en réanimation en 24h

24 376 décès (+289) dont :

- 15 244 décès en milieu hospitalier
- 9 132 décès en EHPAD / autres EMS

Nombre de nouveaux cas et décès en France, 30 avril 2020 (14h) :

Centre de Crise Sanitaire Source SPF

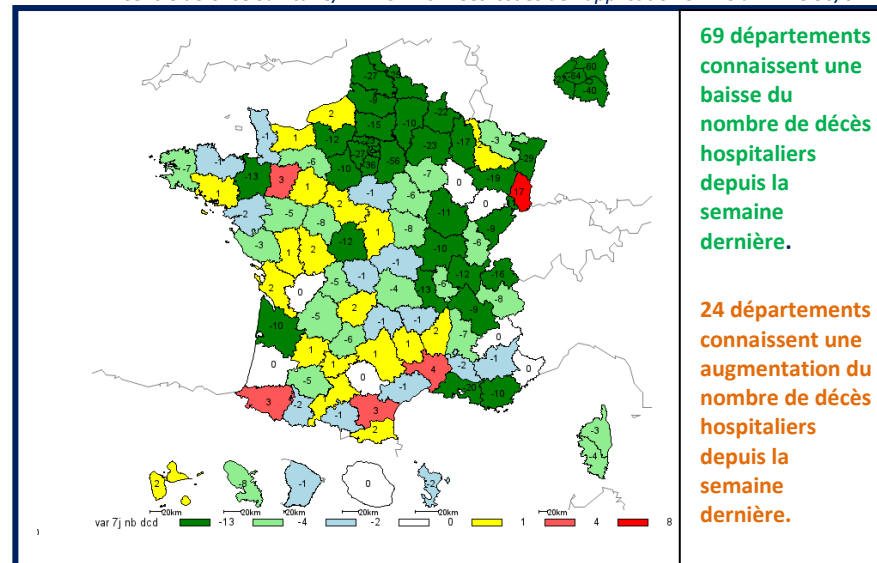


Centre de crise sanitaire - ☎ : 01 40 56 75 11

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Variation hebdomadaire du nombre de décès hospitaliers par département

Centre de Crise Sanitaire/DREES - Données issues de l'application SI-VIC à 14h le 30/04

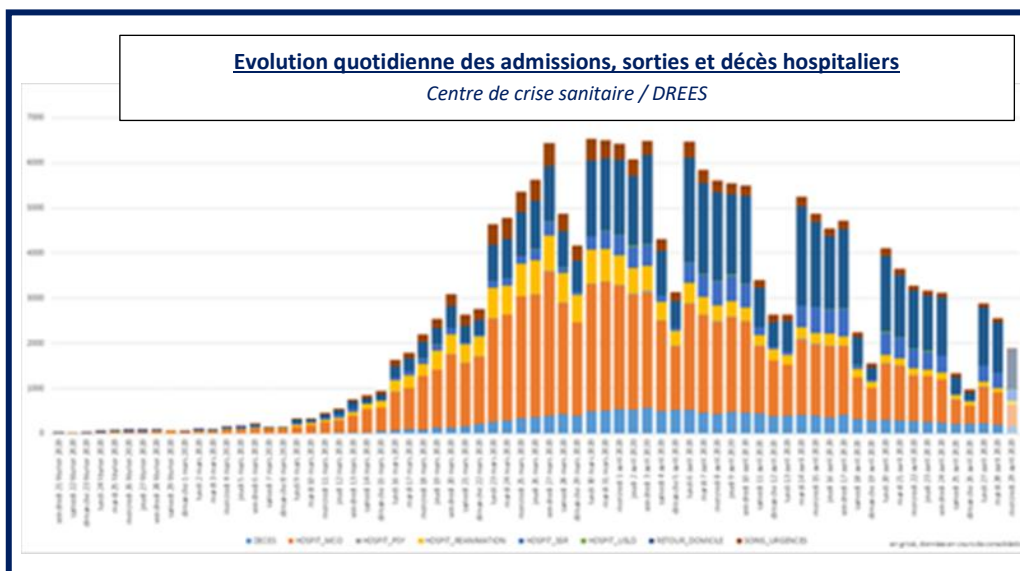


Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 30 avril 2020 (14h) : Source SPF

Région	Le 29 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	2537 (9%)	383 (9%)	13 (6%)	4909 (10%)	1311 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	1186 (4%)	186 (4%)	9 (4%)	2375 (5%)	832 (6%)
Bretagne	392 (1%)	50 (1%)	1 (0%)	809 (2%)	210 (1%)
Centre-Val de Loire	961 (4%)	126 (3%)	0 (0%)	1170 (2%)	383 (3%)
Corse	56 (0%)	8 (0%)	1 (0%)	186 (0%)	50 (0%)
Grand Est	3987 (15%)	573 (14%)	38 (17%)	7844 (16%)	2863 (19%)
Guadeloupe	21 (0%)	10 (0%)	0 (0%)	72 (0%)	14 (0%)
Guyane	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	35 (0%)	1 (0%)
Hauts-de-France	2279 (8%)	367 (9%)	18 (8%)	3955 (8%)	1355 (9%)
Ile-de-France	11085 (41%)	1680 (40%)	118 (54%)	17140 (36%)	5938 (39%)
La Réunion	4 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	109 (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	582 (2%)	98 (2%)	2 (1%)	1054 (2%)	343 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	663 (2%)	117 (3%)	1 (0%)	1385 (3%)	313 (2%)
Occitanie	665 (2%)	147 (3%)	2 (1%)	2122 (4%)	390 (3%)
Pays de la Loire	650 (2%)	80 (2%)	0 (0%)	1227 (3%)	336 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1600 (6%)	289 (7%)	15 (7%)	3686 (8%)	682 (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 dédiés COVID décroît progressivement depuis le 23/04 et s'établit aujourd'hui à moins de 1 900 lits. On observe une légère érosion du capacitaire installé total à 9 806 lits, sachant que le pic de lits installés a été atteint le 8/04 à 10 728 lits. **Le TO national en réanimation est stable à 67%, et 4 régions ont un TO égal ou supérieur à 70% : Grand Est (70%), Normandie (70%), BFC (72%) et l'IDF (89%, stable).**

IDF : On observe que le nombre de lits disponibles dans toute la région est en baisse (273 lits, vs 290 la veille) **avec une tension importante dans le Val d'Oise (4 lits disponibles), et une baisse importante de lits disponibles en Seine et Marne (43 lits disponibles à 12H ce jour, contre 61 la veille).** La situation évolue peu dans les autres départements.

ARA : le capacitaire baisse de 1 148 lits à 1 107 lits installés. Le taux d'occupation, de 69%, est en baisse légère (-3 points depuis hier). **On observe**

des tensions dans l'Ain et la Drôme (respectivement, 78 et 82% de TO), tandis que la situation s'améliore dans l'Isère (73% de TO ce jour, soit -10 points depuis la veille).

BFC : le capacitaire est stable à 423 lits, en légère oscillation depuis quelques jours, et le TO régional est stable à 72 %. **Seul le Doubs et la Nièvre restent en tension à 98% et 87% de TO. La tension baisse en continue en Haute-Saône depuis 3 jours, à 71%.**

Grand Est : le capacitaire baisse à 950 lits installés au 29/04 (vs 990 lits la veille). Le taux d'occupation global de la région croît légèrement à 70% (+2 points depuis la veille). **Le taux d'occupation des unités de réanimation remonte dans le Haut Rhin depuis 48h et s'établit à 88% ce jour (+12 points depuis 48h) et dans la Meuse (89%).**

HDF (données du 28/04) : le capacitaire baisse à 761 lits installés (780 la veille). **Le taux d'occupation global se maintient avec 66 % ce jour. Le TO baisse légèrement dans l'Oise à 82 % ce jour.**

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% des 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 29 avril (minuit), 7 109 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 4 488 (63 %) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 2 621 (37 %) 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 29 avril 2020 – données SPF

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total	Nouveaux en 24h
	Signalements ⁵	4 488	2 037	320	264	7 109	72
Chez les résidents	Nombre total de cas ^{6,7}	60 982	7 694	432	844	69 952	179
	dont cas confirmés ⁶	29 043	2 958	100	254	32 355	560
	dont cas hospitalisés	7 408	901	6	133	8 448	58
	Décès hôpitaux ⁸	2 974	182	0	17	3 173	52
	Décès établissements ⁸	9 019	90	0	23	9 132	98
Chez le personnel	Nombre total de cas ^{6,7}	28 509	8 161	941	531	38 142	446
	dont cas confirmés ⁶	14 012	3 005	246	187	17 450	395

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), 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 : 70 demandes Presse

Sujets : tests sérologiques, maladie de Kawasaki, réquisition de masques /interruption livraison de masques aux EHPAD, gestion des stocks de masques depuis 2018, incohérences chiffres dashboard data.gouv, brigades sanitaires.

Réseaux sociaux : Lancement communication masques

Finalisation carte avec indicateurs de circulation du virus (pour point presse ce jour et mise en ligne quotidienne)

Numéro vert : ces dernières 24H : 20 772 appels reçus. Interrogations sur le retour à l'école et la maladie de Kawasaki, motifs des déplacements post 11 mai. Ajout de 2 dispositifs multilingues à la liste des dispositifs d'aide à distance.

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

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

➤ 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_94	29/04/2020	Prise en charge financière des tests réalisés en ESMS
MINSANTE/CCS n°2020_95	30/04/2020	Propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
MINSANTE/CCS n°2020_96	30/04/2020	Recommandations actualisées concernant la gestion des déchets d'activités de soins (DAS) et autre déchets pendant l'épidémie de COVID19
MINSANTE/CCS n°2020_97	30/04/2020	Approvisionnement en médicaments
Mars n°45	30/04/2020	Myocardite pédiatrique /COVID19-recensement des cas
Message Urgent ANSM n°5	30/04/2020	Relatif à la hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines normales
DGS-Urgent n°26	30/04/2020	Appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

*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

- Coordination des renforts vers Strasbourg
- Campagne SMS auprès du vivier national : transmission de résultats aux ARS et lancement d'une nouvelle campagne pour les techniciens de laboratoire
- La mobilisation sanitaire représente 10 006 jours réservistes (données SPF)

LA STRATÉGIE SANITAIRE DE DÉCONFINEMENT

- *Objectif général : taux de reproduction $R < 1$ pour éviter une reprise épidémique*
- *Maintien strict des recommandations de distanciation physique dans le cadre de la réouverture progressive et contrôlée des activités économiques et sociales*
- *Stratégie offensive d'identification des cas et de dépistage des contacts pour lutter contre la transmission (réussite si $> 75\%$ des infectés sont identifiés et isolés)*
- *Réévaluation itérative de l'efficacité de la stratégie sanitaire de déconfinement*

Situation épidémiologique estimée d'après la [modélisation de l'Institut Pasteur](#) pour la métropole : taux R de 0,53 en confinement ; au 11 mai 2020, contamination de 5,7% de la population, 1 300 nouveaux cas par jour, 24 admissions par jour et 1 618 lits occupés en réanimation, pas d'indication simulée sur l'outre-mer.

Dispositif de lutte contre les chaînes de transmission

- **Communication massive** auprès du grand public et des professionnels
- **Diagnostic** (au moins 700 000 tests PCR/semaine, circuit optimisé de collecte des résultats) et **signalement** précoce ; **parcours de soins simplifié et accéléré**
- **Organisation territorialisée assurant le *contact tracing*** : investigations épidémiologiques autour des cas à plusieurs niveaux :
 - Niveau 1 : médecine de ville ou établissement de santé, avec laboratoires
 - Niveau 2 : plateformes téléphoniques de l'assurance maladie
 - Niveau 3 : équipes locales d'investigation et de contrôle du COVID-19 (ARS et SPF avec des renforts externes), pour les cas complexes et les clusters
- **Collecte précoce d'informations épidémiologiques** grâce à une participation active des personnes testées (questionnaire sans attendre les résultats des tests)
- **Moyens humains et logistiques pour l'isolement** (cas confirmés) et la **quatorzaine** (contacts) et **suivi des personnes concernées** (mais sans mesure coercitive)
- **StopCovid : outil complémentaire** si disponible et sur une base volontaire
- **Isolement privilégié à domicile**, complété par des solutions d'hébergement
- **Capacité suffisante de prise en charge hospitalière (dont réanimation)**
- Capacité logistique pour quarantaine des arrivants en **outre-mer**
- **Indicateurs territorialisés de pilotage** des activités de dépistage, d'identification et de suivi des cas : ESMS, tests, contacts, population

Déconfinement progressif, différencié et réévaluable

Levée progressive des mesures de confinement (3 semaines – car temps d'incubation de 1 à 14 jours + durée symptômes entre 3 et 5 jours après contamination)

- Scénario A : stabilité épidémiologique ; allègement des mesures
- Scénario B : augmentation régulière des cas ; mesures renforcées (foyers)
- Scénario C : reprise de l'épidémie provoquant un débordement de la capacité de dépistage, suivi, isolement et prise en charge hospitalière ; mesures généralisées

Mesures de distanciation sociale

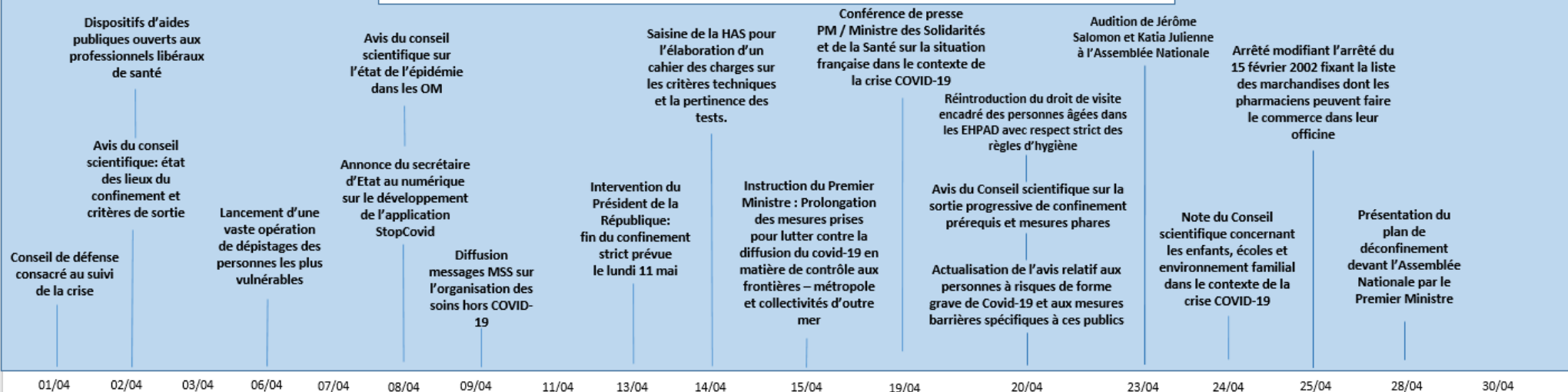
- **Préalables à l'allègement** : inciter à rester au domicile, poursuivre le télétravail ; respecter distanciation physique et mesures barrières, adapter les accueils
- **Incitations renforcées** pour les personnes à risque de forme grave
- Mesures nationales de **déconfinement par secteur d'activité**
- **Différenciation territoriale** pour écoles et déplacements interrégionaux

Réévaluation et adaptation des mesures

- Y a-t-il eu amélioration ou stagnation de la situation **depuis au moins 3 semaines** ?
- D'où **l'actualisation des mesures** (population générale ; personnes à risque élevé)

Mesures de gestion

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : avril 2020



Epidémiologie

+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

International

La CE a annoncé un soutien de plus de 15,6 milliards d'euros aux efforts déployés par les pays partenaires dans la lutte contre la pandémie

ECDC Technical report concerning the strategies for the surveillance of COVID-19

Présentation par la CE d'une feuille de route européenne en vue de la levée graduelle des mesures de confinement liées à la pandémie de coronavirus

Lancement par la CE d'une plateforme européenne de données sur la pandémie de COVID-19

Les Etats membres ont chargé la CE d'élaborer un plan de relance commun fondé sur une refonte du budget à long terme de l'UE

Réunion du Comité d'urgence de l'OMS

+ de 3 000 000 de personnes confirmées COVID-19 dans le monde

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

[Le Haut conseil de la santé publique \(HCSP\) a publié son avis du 28 avril 2020 sur le contrôle d'accès par prise de température pour accompagner le déconfinement.](#)

La prise de température pour un dépistage de COVID-19 à l'entrée d'un établissement (ERP, entreprise, administration, EMS, EAJE, lieu de détention, point d'entrée du territoire, aéroport, centre d'accueil et d'hébergement) ou d'un moyen de transport :

- Serait **faussement rassurante** à cause du **risque non négligeable de ne pas repérer** des personnes infectées car asymptomatiques ou peu symptomatiques, sans fièvre, ou du fait de la consommation d'antipyrétiques (y compris pour dissimuler la fièvre) ;
- Requerrait un **personnel compétent** pour effectuer et interpréter la mesure et le cas échéant refuser l'accès et orienter vers un professionnel de santé. Les données personnelles de santé recueillies ne doivent être **ni enregistrées ni identifiantes** ;
- Nécessiterait un **cadre juridique clair**, précisant les conséquences d'un refus de prise de température. Sur le plan légal, seul l'état d'urgence autorise à ce stade d'imposer une telle procédure d'exception pour le contrôle d'entrée.

Le HCSP conclut à la **non fiabilité du contrôle d'accès par prise de température. L'atteinte aux droits des personnes ne se justifierait pas au regard des bénéfices sanitaires.**

[La Société française de médecine générale \(SFMG\) a publié le 29 avril 2020 la 5^{ème} synthèse des remontées COVIGIE de professionnels de santé extrahospitaliers \(16 contributions\).](#)

Problèmes signalés : masques (accès, qualité, limites) ; charge administrative liée au déconfinement ; déconfinement pour les cas complexes : diagnostics

Solutions proposées : améliorer la communication ; étudier le rôle protecteur du tabac en milieu psychiatrique ; privilégier le prélèvement de gorge chez l'enfant ?

Signaux faibles : tableaux prolongés (divers symptômes)

[L'Académie nationale de médecine \(ANM\) a publié le 29 avril 2020 un communiqué de presse « Contre le COVID-19, utiliser à grande échelle les outils numériques ».](#)

Elle encourage à **développer les nombreux types d'usages du numérique** : automatisation de tâches pour réduire l'exposition des soignants ; modélisation mathématique et intelligence artificielle ; facilitation du travail à distance ; télémedecine au sens large ; aide à la distanciation ; automatisation de tests ; impression en 3D de matériels. Elle appelle à **créer des infrastructures nationales souveraines pour le traitement des données.**

[La Société de pathologie infectieuse de langue française \(SPILF\) a publié le 29 avril 2020 un avis sur le dépistage préopératoire du COVID-19.](#)

En vue de la reprise des interventions programmées, la SPILF recommande des **règles de dépistage préopératoire pour les patients sans symptôme évocateur** : test PCR au plus près de l'intervention ; scanner thoracique non indiqué ; maintien des mesures barrière même en cas de négativité de la PCR ; diagnostic COVID-19 à reconsidérer en cas d'évolution.

[La Société française de santé publique \(SFSP\) a publié un communiqué du 28 avril 2020 « Réussir le déconfinement : 6 points de vigilance ».](#)

Elle **soutient l'approche progressive du Gouvernement** sur la sortie du confinement et souhaite que la **disponibilité des équipements de protection** soit un prérequis.

S'agissant du **dépistage, de la recherche et du suivi des cas**, la SFSP :

- alerte sur l'illusion de solutions fondées sur le « **tout technologique** » sans dispositif humain et rappelle la nécessité de tenir compte des inégalités sociales de santé ;
- appelle, pour réunir les 30 000 personnels nécessaires aux **brigades dédiées** (selon le Conseil scientifique COVID-19), à **impliquer une grande diversité d'acteurs** : agents des collectivités territoriales, santé scolaire et universitaire, santé au travail, PMI, centres ou maisons de santé, services sociaux ou médico-sociaux, associations de prévention, associations de malades ou d'usagers ;
- n'est **pas favorable à faire porter l'essentiel du dépistage sur les médecins et infirmiers libéraux** (même avec des personnels de l'assurance maladie) car cela les distrairait de leurs missions alors que le renoncement aux soins a été massif.

Enfin, la SFSP demande la **création d'un comité de concertation** avec les acteurs sanitaires, sociaux et des libertés publiques.

[La Haute autorité de santé \(HAS\) a publié une note de cadrage du 24 avril 2020 sur la place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge du COVID-19, après le cahier des charges de la qualification des tests sérologiques publié le 16 avril 2020.](#)

La fiabilité des tests sérologiques est limitée. Leurs résultats sont tributaires de la réaction immunitaire et ne permettent pas de savoir si le sujet est contagieux ou non, car la production d'anticorps n'est pas corrélée à la présence du virus. Les anticorps fabriqués ne confèrent pas forcément d'immunité contre une nouvelle infection. Le volume et la durée nécessaires d'anticorps neutralisants sont inconnus.

L'étude de la HAS va porter notamment sur **l'intérêt diagnostique de coupler le test virologique (PCR) à un test sérologique**, en particulier chez les populations davantage exposées au virus pendant la période de confinement (soignants, forces de sécurité, caissiers, livreurs, agents de voirie, enseignants) et chez les personnes à risque de formes graves. L'échéance des travaux est prévue pour le 2 mai 2020.

[Le Conseil national des gynécologues et obstétriciens français \(CNGOF\) a publié le 27 avril 2020 une nouvelle position sur l'accompagnant en maternité.](#)

Alors de la sortie du confinement approche, il revient sur son [avis du 27 mars 2020](#) où il limitait cette présence à l'accouchement et à deux heures post-partum. Il demande d'**autoriser l'accompagnant à assister** aux consultations indispensables, aux échographies, à l'accouchement et au séjour en post-partum, selon les conditions locales et dans le respect des mesures barrière.

2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE - THEME DECONFINEMENT

Stratégies de sortie de confinement – Constats et Recommandations

27/04/2020 ; https://www.ces-asso.org/sites/default/files/st_note_detape_27042_version_2.pdf

Travail collectif, groupe CES-covid : Louis Arnault, Thomas Barnay, Louise Baschet, Julia Bonastre, Isabelle Bongiovanni, Sandrine Bourguignon, Benoit Dervaux, Bruno Detournay, Florence Jusot, Sophie Larrieu, Henri Leleu, Magali Lemaitre, Sandy Leproust, Pierre Levy, Thomas Renaud, Thierry Rochereau, Catherine Rumeau-Pichon, Sandy Tubeuf, Bruno Ventelou, Jérôme Wittwer.

Le Collège des Economistes de la Santé a constitué un dossier spécifique sur le COVID-19, le confinement et l'analyse des stratégies actuelles. L'objectif du Collège est de promouvoir la recherche et la formation en économie de la santé, de faire connaître les données disponibles auprès des chercheurs et de mettre en commun une documentation comportant les résultats de travaux et des recherches. Le groupe CES-covid a fait la [synthèse de 14 publications](#) traitant de modèles de prédiction de sorties de confinement sous la forme d'un tableau présentant les principales caractéristiques des modèles, les résultats et les limites.

Constats (analyse de la littérature) :

1) **L'objectif est de contrôler le risque pas de l'éliminer** : Le risque sanitaire lié à l'infection au covid-19 est durablement installé. Les études épidémiologiques montrent que l'immunité de groupe est très loin d'être atteinte sur l'ensemble du territoire. **Le virus va donc continuer à circuler et le risque de rebond épidémique rester très important.** Ce risque doit être maîtrisé afin de ne pas mettre en péril la capacité du système de soins. Sortir, c'est assumer les risques liés à la réactivation de la circulation du virus afin de réduire les pertes économiques.

2) **Les coûts économiques et sanitaires d'un confinement prolongé sont très élevés** : La perte d'activité constatée par l'OFCE est cependant déjà très significative et les prévisions à la mi-avril de la banque de France sur l'activité économique et le déficit des administrations publiques sur l'année 2020 sont très préoccupantes (-8% pour le PIB et 9% de déficit budgétaire). **L'allongement de la durée de la période de confinement renforce la probabilité d'une crise profonde et durable.** A long terme, si le confinement est maintenu sur une durée longue, le chômage de masse, les faillites, l'augmentation de la pauvreté auront un impact rapide sur l'état de santé des populations avec des effets multiplicateurs possibles sur la population actuelle **voire sur la génération suivante.** Le confinement modifie notablement le recours aux soins des populations, de nombreux constats inquiètent très fortement sur l'effet du confinement sur la santé des malades chroniques et aigus (AVC, infarctus, cancers, insuffisance rénale, notamment).

3) **Les formes graves de la maladie sont concentrées sur des sous-populations identifiées.** La littérature internationale s'accorde sur un ensemble de facteurs de risque associés aux formes graves d'infection au Covid-19 pouvant conduire à la prise en charge en réanimation, à la prise en charge par ventilation mécanique invasive, voire au décès. L'âge est un premier facteur de

risque majeur. En effet, bien que certains sujets jeunes puissent également présenter une forme grave, 80% des décès concernent des personnes de plus de 60 ans. Les admissions en réanimation augmentent très clairement dès 50 ans et les risques de décès à partir de 60 ans et plus encore au-delà de 64 ans. La majorité des patients atteints de formes graves à l'infection au Covid-19 présentent au moins une comorbidité. **Les formes graves et mortelles de la maladie sont très fortement concentrées sur des catégories identifiables de la population selon leur âge et leurs comorbidités, et qui peuvent donc faire l'objet d'une protection particulière ciblée.**

Orientations (préconisées par le groupe CES-covid) :

1) Il n'est **pas souhaitable de différer la date de sortie de confinement** dès lors que le taux d'occupation des lits de soins intensifs et de réanimation aura significativement baissé. Chaque jour de confinement supplémentaire génère des coûts économiques et sanitaires indirects plus importants que le précédent.

2) **La priorité est de protéger les populations à risque de développer une forme grave de la maladie.** Si un confinement réglementaire par catégorie d'âge n'est pas souhaitable il est nécessaire de différencier très explicitement la communication en fonction du risque individuel. La minimisation des contacts et la distanciation sociale lors des contacts doivent être maximales pour ces populations. Marteler les règles de distanciation sociale et de réduction maximale des contacts pour les plus âgées et ceux qui les côtoient.

3) **L'objectif est une reprise générale de l'ensemble des secteurs d'activité.** Limiter l'ouverture à certains secteurs d'activité réduit plus que proportionnellement le bénéfice économique d'une sortie de confinement. Une ouverture retardée des secteurs « propagateurs » (restauration, spectacle) et la limitation des transports inter-régionaux peut cependant être envisagée jusqu'à l'été ; repousser après l'été l'ouverture de ces secteurs aurait des répercussions économiques majeures. La réduction des contacts (télétravail, distanciation sociale sur le lieu de travail et dans la vie courante) doit être maximisée dans la limite de son impact sur la productivité du travail et la viabilité des entreprises. **L'ouverture des écoles et collèges doit être prioritairement organisée** pour faciliter le retour en emploi des parents.

4) **Tout dispositif permettant de ralentir la circulation du virus sans réduire la productivité du travail doit être déployé le plus tôt possible** ; les auteurs pensent en particulier au dépistage très régulier sur le lieu de travail des personnes en contacts fréquents (avec du public, des patients ou des clients), au dépistage des personnes symptomatiques et des contacts et à l'isolement des cas. Des moyens très importants doivent être consacrés au dépistage des personnes symptomatiques et de leurs contacts. Au regard des projections épidémiologiques c'est l'unique moyen, après sortie du confinement réglementaire, de réduire le risque et l'ampleur du rebond épidémique. Le rendement d'un tel investissement est très élevé.

3. POINT DE SITUATION DU HFDS

1°/ GESTION DE CRISE-OPERATEURS

Questions en suspens depuis le dernier point de situation :

-GSK :

- Demande d'attribution de masques chirurgicaux aux personnels sur site conformément à la fiche OIV diffusée par le ministère ;
- 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.
- Demande de la société à bénéficier de l'opération résilience pour ses sites d'Evreux (27) et de Mayenne (53)

- **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.

- **EVOTEC** : cet opérateur stratégique a un besoin urgent pour la semaine prochaine d'un approvisionnement de 200 masques chirurgicaux.

- **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, malgré plusieurs relances 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
Jeudi 30 avril 2020	0	88	Indisponibles (ASA) = 1 555 Télétravail = 11 460	NC	4

4. RESSOURCES MATERIELLES CRITIQUES

Actions en cours

MIN SANTE et MARS sur MAPUI relatifs à l'utilisation optimisée de la plateforme « maPUI.fr » et précisant l'inclusion des DM au sein de l'application en cours de validation pour une diffusion prochaine

Médicaments : distribution en cours des 5 médicaments prioritaires auprès des ES. Livraison de la 1^{ère} vague finalisée le 05/05 au soir.
Etude sur les clés de répartition « hors Réanimation » pour les 5 médicaments prioritaires en vue de la reprise d'activité envisagée dans les établissements de santé

DM : point hebdomadaire avec l'ANSM sur les DM en tension
Exploitation des premières remontées sur les DM au sein de MAPUI qui montre des inadéquations importantes entre les besoins et les stocks,
Sourcing thermomètre infrarouge réalisé, cependant selon le HCSP la prise de température systématique n'est pas conseillée au sein de l'ensemble des établissements médico-sociaux, car pas nécessairement signe de COVID-19 et vice-versa

EPI : articulation avec la cellule Tests pour la prise en compte de l'expression des besoins en EPI dans le cadre du déploiement massif des tests RT-PCR
Articulation initiatives DGE/CSF et consortium Resah/UnihA sur surblouses lavables

Respirateurs: La répartition hebdomadaire des respirateurs du stock d'Etat pour la semaine 19 sera réalisée selon le planning habituel, les ARS seront informées de leur dotation le vendredi 1er mai.

Points de vigilance :

Alerte maPUI sur la non synchronisation des remontées des stocks entre AGEPS et hôpitaux de l'APHP => risque de surévaluation des stocks (les quantités transférées de l'AGEPS vers les hôpitaux dans la journée peuvent être comptées en double)

Arbitrages en cours :

Médicaments : note sur l'approvisionnement critique en médicaments transmise au Cabinet et proposant des hypothèses d'élargissement du stock d'Etat à de nouveaux produits dans le cadre du déconfinement et de la reprise d'activité

EPI : Règles de priorisation dans l'équipement des professionnels hors masques

5. POINT DE SITUATION DE LA CELLULE LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS

Mise en œuvre pour la première fois cette semaine des modalités d'approvisionnement en médicaments prévues par le décret n°2020-466 du 24 avril 2020 (curares et hypnotiques). Des difficultés identifiées sont en cours de résolution pour 2^{ème} vague (semaine 19)

ANTICIPATION LOGISTIQUE

JPA : la Commission européenne a adressé aux Etats-membres les contrats cadres relatifs aux JPA « lunettes » et « respirateurs »

Hypnotique (Midazolam) : clôture de l'alerte EWRS en raison de la satisfaction des besoins français

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

Masques : Accord Cabinet MSS pour 60,5 M de FFP2 avec SHENGQUAN et 42,8 M de masques pédiatriques avec GIROD MEDICAL

EPI :

- Décision d'opportunité signée pour 35 M tabliers avec ABENA
- Révision à la baisse des offres EUROMEDIS et DIDACTIC (16 M de gants vs 31 M initiaux)

Consommables de réanimation : négociation en cours pour 96 000 filtres HME avec INTERSURGICAL.

LOGISTIQUE AVAL

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

- finalisation ce jour livraison « Réassort S18 » (29,4M CHIR, 4,5M FFP2) ;
- début préparation « Réassort S19 » par SPF (38M CHIR / 4,5M FFP2 / 0,3M PED / 0,15M BLOUSES / 2M GANTS) .

Réassort Officines (→ professionnels de santé du secteur libéral) :

- début de livraison « Réassort S18 » (8M CHIR et 1,6M FFP2) ;
- début préparation par SPF « Réassort S19 » (27 M CHIR / 1,5 M FFP2 / 6,5 M PED).

LOGISTIQUE AMONT

3 vols réalisés / 4 autres vols planifiés cette semaine

4 vols supplémentaires S19 (contrat CNMD/CEVA) :

- 122 m3 planifiés sur le vol du 5 mai
- + 200 m3 contractualisés entre 5 et 11 mai

DOUANES et IMPORT

Traitement douanier des exportations de respirateurs pour les CHU des DROM.

DONS

Etat néant

URGENCES et FLUX PARTICULIERS

- 32 300 gants vinyles (GHT Cher)
- 20 000 FFP2 (HDF)

POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES

Médicaments : retard signature contrat Sanofi → impact +++ sur les livraisons de méd. importés
FFP2 : tensions sur les stocks SPF → priorisation des plans de chargement « pont aérien »