

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN EPIDEMIOLOGIQUE MONDIAL

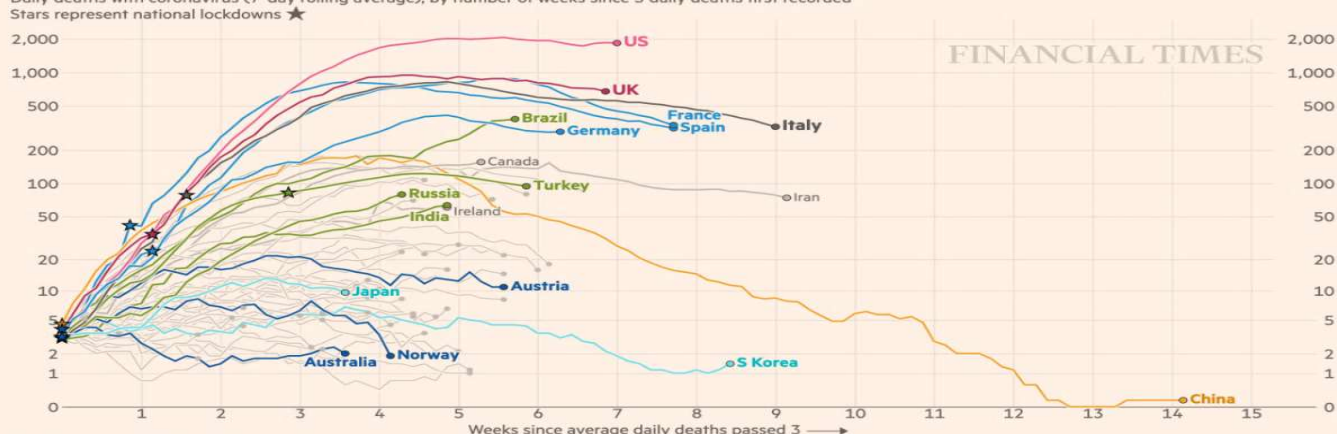
(Source : Johns Hopkins, données à 14h00)

- **Total cas confirmés : 3 446 291 (+101 856)**
- **Total guéris : 1 100 442 (+44 906)**
- **Total décès : 244 122 (+5 334)**
- **Total pays/territoires touchés : 187 (+0)**

Les Etats-Unis rapportent **66 385 décès (+1316)** et un total de **1 133 069 cas**, soit près du tiers des cas dans le monde.

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 weeks since 3 daily deaths first recorded



FT graphic: John Burn-Murdoch / @burnmurdoch
Source: FT analysis of European Centre for Disease Prevention and Control; FT research. Data updated May 02, 21:53 BST
© FT

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 130 000 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 18 000 cas et 17 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 :

- **CP OMS du 29 avril 2020 : Point spécifique sur les cas pédiatriques**, présenté par le Dr Van Kerkhove qui a indiqué que « l'OMS a pris note des rapports émanant du Royaume-Uni relatifs à un petit nombre de cas de réponse inflammatoire chez les enfants. Nous nous penchons sur cette question avec notre réseau mondial de cliniciens qui gèrent directement des cas de Covid-19 à travers le monde et se réunit au moins une fois par semaine pour mieux comprendre l'infection, la façon dont elle affecte le corps et les maladies qu'elle cause. Les données disponibles tendent à montrer que les enfants développent des formes moins sévères, dans la grande majorité des cas avec des symptômes modérés, mais oui certains enfants développent des formes sévères et peuvent même mourir. Il y a eu à ce stade seulement de rares descriptions dans des pays européens d'enfants avec un syndrome inflammatoire similaire au syndrome de Kawasaki. Ces cas sont rares. On a demandé au réseau de rester en alerte pour rassembler de manière systématique les informations cliniques sur les enfants pour comprendre davantage et guider le traitement. Mais ça semble être très rare, seulement 1 ou 2 pays ont rapporté des cas à ce stade »
- **Publication par l'OMS le 26 avril 2020 d'un guide à destination des autorités locales pour les aider à « renforcer la préparation au Covid-19 dans les villes et en milieu urbain »** (en anglais seulement à ce stade).
- **CR BRIEFING OMS EURO du 28 avril 2020** : Trois messages clés du **Dr KLUGE** à destination de la communauté diplomatique :
 - Le partage d'informations et de connaissances au sujet du COVID19 est primordial pour parvenir à une transition vers un allègement des mesures de restriction ;
 - L'OMS apporte un soutien adapté aux contextes locaux grâce à l'échange et à la transparence des informations partagées entre les pays. Exemple : publication du Guide pour la planification de la transition et soutien au travail de coordination de l'Observatoire Européen des systèmes de santé qui recense les mesures prises par les différents pays face au COVID19 ;
 - Remerciements à l'égard de l'ensemble des pays qui apportent leur soutien dans la gestion de cette crise.
- **Guide de l'OMS EURO sur les stratégies de transition/déconfinement**, récemment publié : « Renforcer et ajuster les mesures de santé publique concernant la COVID-19 à chaque phase de transition : considérations stratégiques pour la Région européenne de l'OMS ». Le document n'est à ce stade disponible qu'en anglais mais devrait nous être communiqué en français prochainement.
- L'OMS EURO précise que, compte tenu de l'évolution de l'épidémie sur leur territoire, de leurs spécificités et situations respectives, les pays peuvent choisir d'adopter des calendriers et des étapes de progression différentes, en examinant attentivement les risques et les avantages perçus.

UNION EUROPEENNE / UK / EEA :

- **Vidéoconférence** informelle du 30 avril 2020 des membres du Groupe de Travail en Santé Publique du Conseil de l'UE (sous présidence Croate) : **Présentation d'applications mobiles pour lutter contre et sortir de l'épidémie COVID dans l'UE** (document pdf).

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

131 287 cas confirmés en France (+308 en 24h)

50 784 personnes guéries parmi les patients hospitalisés

25 815 patients hospitalisés dont :

- 12 lits **en moins** occupés en 24h
- 345 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h

6 816 patients admis en réanimation dont :

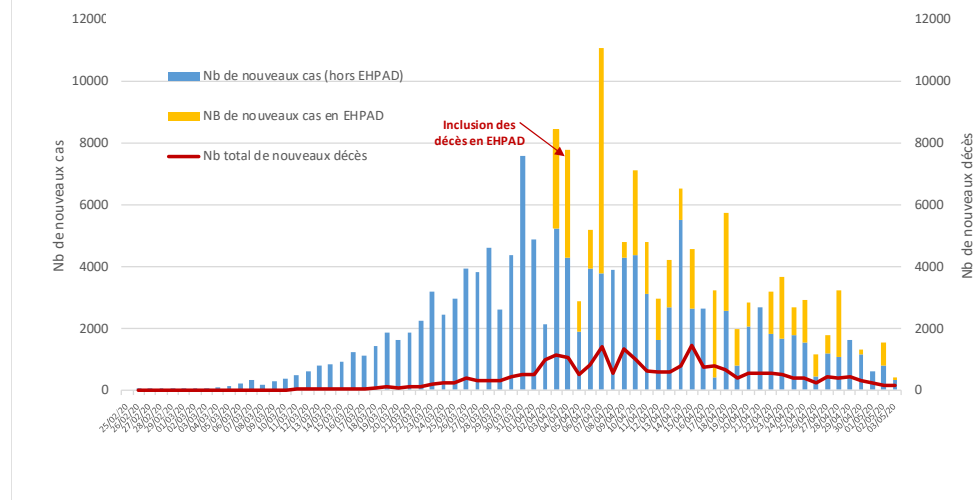
- **3 819** pour le COVID-19 :
 - 8 lits **en moins** occupés en 24h
 - 80 **nouveaux** patients en réanimation en 24h

24 895 décès (+135 en 24h) dont :

- 15 583 décès en milieu hospitalier
- 9 312 décès en EHPAD / autres EMS

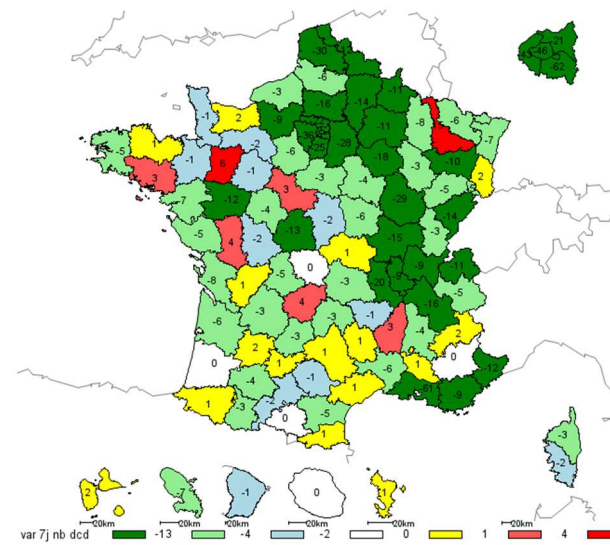
Nombre de nouveaux cas et décès en France, 03 mai 2020 (14h) :

Centre de Crise Sanitaire Source SPF



Variation hebdomadaire du nombre de décès hospitaliers par département

Centre de Crise Sanitaire/DREES - Données issues de l'application SI-VIC à 14h le 02/05



73 départements connaissent une baisse du nombre de décès hospitaliers depuis la semaine dernière.

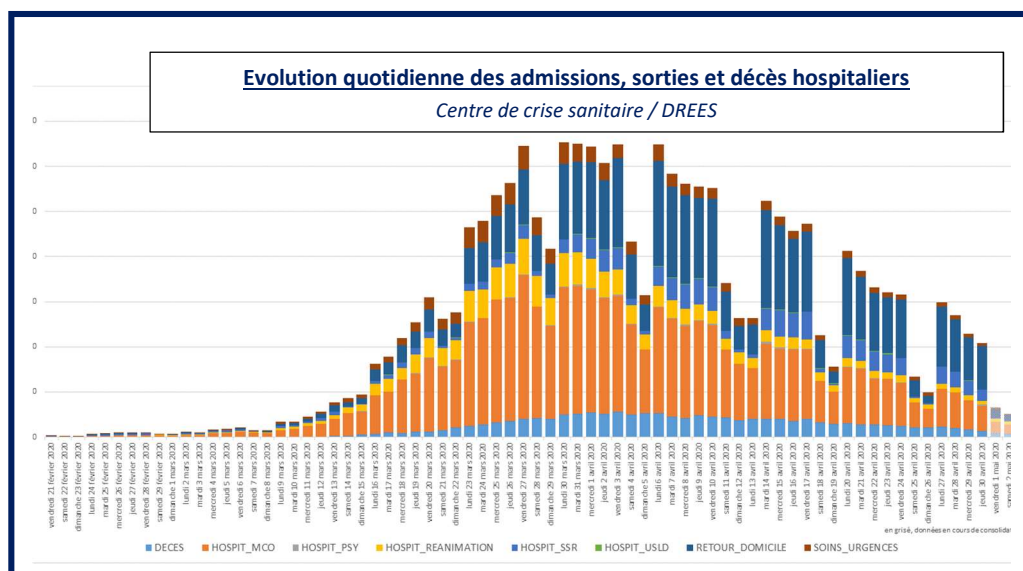
23 départements connaissent une augmentation du nombre de décès hospitaliers depuis la semaine dernière.

Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 03 mai 2020 (14h) : Source SPF

Région	Le 03 mai 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	2 482 (10%)	358 (9%)	10 (5%)	5 162 (10%)	1 364 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	1 143 (4%)	174 (5%)	9 (4%)	2 495 (5%)	856 (5%)
Bretagne	369 (1%)	45 (1%)	2 (1%)	862 (2%)	219 (1%)
Centre-Val de Loire	992 (4%)	115 (3%)	1 (0%)	1 232 (2%)	401 (3%)
Corse	56 (0%)	8 (0%)	1 (0%)	191 (0%)	51 (0%)
Grand Est	3 798 (15%)	504 (13%)	41 (19%)	8 313 (16%)	2 953 (19%)
Guadeloupe	16 (0%)	6 (0%)	0 (0%)	72 (0%)	17 (0%)
Guyane	2 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	36 (0%)	1 (0%)
Hauts-de-France	2 224 (9%)	349 (9%)	22 (10%)	4171 (8%)	1 410 (9%)
Ile-de-France	10 685 (41%)	1 550 (41%)	114 (53%)	18 056 (36%)	6 116 (39%)
La Réunion	4 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	111 (0%)	0 (0%)
Martinique	21 (0%)	8 (0%)	0 (0%)	77 (0%)	14 (0%)
Mayotte	38 (0%)	6 (0%)	0 (0%)	97 (0%)	8 (0%)
Normandie	575 (2%)	86 (2%)	2 (1%)	1 096 (2%)	351 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	592 (2%)	109 (3%)	2 (1%)	1 485 (3%)	329 (2%)
Occitanie	610 (2%)	135 (4%)	1 (0%)	2 125 (4%)	410 (3%)
Pays de la Loire	629 (2%)	70 (2%)	0 (0%)	1 291 (3%)	351 (2%)

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 1 701 lits (-15% en 2 semaines). A noter que le pic de lits installés a été atteint le 8/04 à 10 728 lits. Le TO national en réanimation est stable à 71%. Le TO de l'IDF remonte suite à des difficultés de remontée de données, une mise à jour des capacités et des lits disponibles est attendue les prochains jours. Outre l'IDF, 9 régions ont un TO supérieur à 70% : ARA (73%), CVL (83%), Corse (71%), HDF (70%), Normandie (70%), PDL (70%) et les 3 DOM observés (MAR, REU, GUY). Ceci peut s'expliquer par la baisse du capacitaire observé notamment.

- **IDF** : le nombre de lits disponibles dans la région s'établit à 488 lits, sur un capacitaire décompté à 2 164 lits installés en réanimation "élargie"

(actualisé par l'ARS le 01/05) avec une tension importante dans le Val d'Oise (4 lits disponibles).

- **ARA** : le capacitaire est stable à 1 107 lits installés. Le taux d'occupation reste stable à 73%. On observe le maintien d'une situation de quasi saturation dans l'Ain (83%), en Isère (81%) et en Haute-Loire (96%). La situation dans le

Cantal s'améliore largement avec un TO de 57%. Le Rhône et la Savoie restent à des niveaux proches de la tension (78-79%). Les autres départements sont à moins de 72%.

- **BFC** : La tension s'accroît de plus en plus dans le département du Jura avec un TO à 83% (+16 points en 4 jours). La tension en Haute-Saône est toujours à 100%. Le TO dans les autres départements est stable.

- **Grand Est** : le capacitaire se maintient à 905 lits installés au 02/05 (vs 939 lits la veille). Le taux d'occupation global de la région est en baisse à 66% (-3 points par rapport au 01/05). La Meuse est revenue à un TO de 56% (96% hier) ce jour ; la baisse du taux d'occupation des unités de réanimation se poursuit dans le Haut-Rhin et s'établit à 76% ce jour (-3 points depuis la veille) après une remontée observée le 29/04. L'Aube voit son TO se maintenir à 83% depuis 4 jours.

- **HDF** (données du 02/05) : Le capacitaire du département du Nord et de la Somme a été augmenté (inclusion des « autres réa » pour le CHU de Lille et d'Amiens). Pour le département du nord la tension remonte à 72%. Elle est stable à 67% dans la Somme.

➤ SITUATION DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX (SOURCE SPF)

Depuis le 1er mars 2020 et jusqu'au 2 mai (minuit), 7 231 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 4 579 (63 %) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 2 652 (37 %) autres établissements médico-sociaux (EMS).

La date de début des signes du premier cas était renseignée pour 4 903 signalements. Un pic de signalements a été atteint en semaine 13 (du 23 au 29 mars) avec 1 236 signalements. Depuis, le nombre de signalements par semaine a décru : 961 en semaine 14 (du 30 mars au 5 avril), 557 en semaine 15 (du 6 au 12 avril), 333 en semaine 16 (du 13 au 19 avril), 258 en semaine 17 (du 20 au 26 avril) et 108 en semaine 18 (du 27 avril au 3 mai). La décroissance de la semaine 18 ne pourra être interprétée qu'ultérieurement.

L'ensemble des 7 231 signalements correspondait à un total de 70 767 cas de COVID-19 dont 33 361 cas confirmés. Parmi l'ensemble des cas, 9 312 sont décédés dans les établissements.

Chez le personnel des établissements sociaux et médico-sociaux, 17 939 cas confirmés ont été rapportés.

➤ RECOURS A LA MEDECINE D'URGENCE (BULLETIN QUOTIDIEN DES TENSIONS HOSPITALIERES - DGOS)

SAMU :

Données non actualisées les weekends et jours fériés.

Urgences :

Données non actualisées les weekends et jours fériés.

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 2 mai 2020 – données SPF

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total	Nouveaux en 24h
Signalements ⁵	4 579	2 060	325	267	7 231	20
Nombre total de cas ^{6,7}	61 881	7 588*	438	860	70 767	79
Che les résidents						
dont cas confirmés ⁶	30 113	2 890*	101	257	33 361	90
dont cas hospitalisés	7 600	909	6	136	8 651	43
Décès hôpitaux ⁸	3 048	185	0	18	3 251	13
Décès établissements ⁸	9 218	71*	0	23	9 312	39
Che le personnel						
Nombre total de cas ^{6,7}	29 324	8 222	940	526	39 012	123
dont cas confirmés ⁶	14 444	3 061	248	186	17 939	96

*Les nombres de cas confirmés et de décès en établissements pour personnes handicapées ont diminué en Ile de France, en raison de la correction par l'ARS, de saisies erronées dans la base de données.

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), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

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

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

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

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

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

⁸Cas possibles et confirmés décédés

2.3. STRATEGIE DE REPONSE NATIONALE

➤ HISTORIQUE DES PRINCIPALES MESURES DE GESTION

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

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

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

13/03/2020 : **Déclenchement du PCA.**

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

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

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

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

19/04/2020 : Allocution PM & du Min. Santé pour un bilan des mesures de gestion et les premières précisions sur la stratégie de déconfinement prévue pour le 11 mai 2020

02/05/2020 : Le gouvernement propose une prolongation de l'Etat d'Urgence sanitaire jusqu'au 24 juillet 2020

➤ PUBLICATION AU JORF DU 3 MAI 2020

Décret n° 2020-206 du 2 mai 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Ce décret prévoit notamment que le prix des masques chirurgicaux vendus au détail ne peut excéder 95 centimes d'euros TTC par unité.

Centre de crise sanitaire - ☎ : 01 40 56 75 11
centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

➤ PRESSE ET MEDIA

Demandes média : 20 demandes presse. Sujets : brigades de suivi des cas contacts ; nombre de tests PCR effectués cette semaine, tests sérologiques, modalités de la quatorzaine.

Pas de point presse DGS aujourd'hui. Communiqué de presse diffusé ce soir.

Numéro vert : pour la matinée du 3 mai, 978 appels traités. Questions nombreuses sur la quarantaine des personnes revenant de l'étranger

Réseaux sociaux : publications MSS sur l'intérêt du confinement, symptômes, masques grand public, nettoyage des surfaces, recommandations lors des courses quotidiennes, structures ouvertes après le 11 mai.

➤ 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 **10 522** jours réservistes (*données SPF*)

Mesures de gestion

Adoption d'une ordonnance portant création d'un dispositif d'aide à destination des professionnels de santé libéraux et des structures de soins ambulatoires

Prolongation jusqu'au 24 juillet de l'état d'urgence sanitaire proposée par le gouvernement

Décret n°2020-497 prescrivant les mesures générales pour faire face à l'épidémie de covid-19

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Mai 2020

01/05 02/05 03/05 06/05 07/05 08/05 09/05 11/05 13/05 14/05 15/05 19/05 20/05 23/05 24/05 25/05 28/05 30/05

Epidémiologie

International

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le HCSP a publié son avis du 2 mai 2020 sur la fréquentation des eaux de baignade et l'utilisation d'eaux issues du milieu naturel dans le contexte du COVID-19.

S'agissant des **eaux issues du milieu naturel**, les connaissances disponibles ne permettent **ni de confirmer ni d'infirmer** la présence de **COVID-19**. De son côté, le **contrôle sanitaire des eaux** ne porte que sur des **paramètres microbiens** et non sur la contamination par un virus infectieux. Une analyse spécifique du risque d'infection virale pourrait se justifier pour les eaux à forte pollution fécale. Par précaution pendant la période de déconfinement, le HCSP recommande d'**utiliser en priorité l'eau destinée à la consommation humaine** pour les usages d'**hygiène publique** (nettoyage des espaces publics, arrosage, alimentation des bassins et fontaines...) ou, en cas d'utilisation d'**eaux du milieu naturel**, de procéder au **nettoyage la nuit** et en limitant la pulvérisation de fines gouttelettes ou la génération d'aérosols.

S'agissant des **baignades et de leur environnement**, l'infection peut se faire de **plusieurs manières** : ingestion d'eau, mise en contact de l'eau avec les fosses nasales et les yeux, contacts mains-visage, pénétration d'eau ou d'aérosols (liés notamment aux mouvements de l'eau) dans l'appareil respiratoire. Le HCSP a **déconseillé** à ce titre la **pratique des sports aquatiques** dans son [avis du 24 avril 2020 sur les mesures barrières en population générale](#). Dans le présent avis, il recommande de **respecter strictement les mesures de distanciation physique** (zones de baignade, berges, équipements, espaces d'accès, parkings), de **renforcer la surveillance de la qualité des eaux de baignade** (analyse hebdomadaire) en matière de contamination fécale et de nettoyer et **désinfecter** fréquemment les installations. Les activités nautiques générant des aérosols doivent être éloignées des zones de baignade. La baignade n'est bien sûr pas indiquée sur des sites sans contrôle sanitaire réglementaire.

L'Académie nationale de médecine (ANM) a publié un communiqué du 1er mai 2020 sur la reprise du sport de loisir en sortie de confinement.

L'ANM souhaite la **reprise progressive des activités physiques et sportives de loisir et d'entraînement**, à l'exclusion de celles de compétition, de haut niveau ou professionnelles. Elle recommande de les limiter aux activités **individuelles en extérieur**, de se doter de **règles renforcées de distanciation physique** et de prévoir le **port du masque** pour les exercices d'intensité modérée ou moyenne. Elle conseille de privilégier l'utilisation de **matériels personnels** par rapport à celle de matériels communs, qui doivent le cas échéant être nettoyés et désinfectés, et de maintenir les **installations collectives fermées** (dont les vestiaires).

La HAS a publié un rapport d'évaluation du 2 mai 2020 sur la place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge du COVID-19.

Les **tests sérologiques**, d'une manière générale :

- **peuvent** permettre de savoir si une personne est ou a été **malade du COVID-19** s'ils sont **utilisés en complément des tests virologiques PCR**, qui sont les tests de référence pour un diagnostic précoce. Puisque la production d'anticorps n'a lieu que plusieurs jours après l'infection, les tests sérologiques ne sont pas pertinents dans la semaine suivant l'apparition des symptômes ;
- **ne permettent de statuer ni sur la contagiosité, ni sur l'immunité** d'un sujet (la présence d'anticorps ne garantit pas l'immunité). La HAS déconseille donc fortement, à l'instar de l'OMS ([note scientifique OMS du 24 avril 2020](#)), d'utiliser les tests sérologiques aux fins d'établir un passeport d'immunité.

Le présent rapport de la **HAS** porte sur les indications des **tests sérologiques automatisables (de type ELISA)** réalisés en laboratoire ; un second rapport à venir traitera des indications des tests unitaires rapides (TROD, autotest).

Face au manque de connaissances sur l'immunité développée par les personnes ayant eu le COVID-19, la **HAS** préconise un **recours prudent aux tests de type ELISA, limité à :**

- **la surveillance** et la **modélisation de l'épidémie** (enquêtes régulières de séroprévalence), ainsi qu'à la **connaissance du virus** (cinétique virale, immunologie) ;
- **des diagnostics de rattrapage**, si un test virologique n'a pu être réalisé plus tôt ou si le test virologique est négatif malgré des signes évocateurs ;
- **des diagnostics initiaux**, si le test virologique est négatif malgré des signes évocateurs ;
- **la prévention de la circulation du virus chez certains professionnels non symptomatiques** : personnels soignants, personnels d'hébergement collectif (ESMS, prisons, casernes, internats, résidences universitaires).

Ces usages doivent s'inscrire dans une **prise en charge individuelle à des fins médicales**. La **HAS** déconseille le dépistage systématique de la population par test sérologique et s'oppose à une utilisation collective en entreprise ou comme aide au déconfinement. Elle **met en garde contre tout mésusage** des tests sérologiques risquant d'induire en erreur sur l'immunité (professionnels en contact avec le public ; personnels confinés revenant à une activité présentielle) et à relâcher leurs efforts individuels de prévention.

La HAS précise enfin que ses indications sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'état des connaissances sur le COVID-19.

2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE

- **Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19** ; Mehra MR et al. ; *N Engl J Med*. 2020 May 1.

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2007621?articleTools=true>; <https://bibliovid.org/cardiovascular-disease-drug-therapy-and-mortality-in-covid-19-514>

Objectifs : étude de la relation entre les maladies cardiovasculaires, leur traitement (IEC/ARA2/statines/ β -bloquants) avec la mortalité chez des patients COVID-19.

Méthodes : **étude rétrospective multinationale de cohorte** ; extraction de données anonymisées provenant de **Surgisphere**, un registre international de 169 hôpitaux dans 11 pays en Amérique du Nord, Europe et Asie ; inclusion de tous les patients avec PCR positive au SARS-CoV-2 entre le 20 décembre 2019 et le 15 mars 2020 (suivi jusqu'au 28 mars) ; recueil des données démographiques, des comorbidités et des thérapeutiques cardio-vasculaires ; **critère de jugement = décès du patient** ; modèle multivarié ajusté sur l'âge, l'ethnie, les antécédents cardiovasculaires et les thérapeutiques cardiovasculaires puis analyses de sensibilité.

Résultats : sur une large cohorte de patients hospitalisés, les auteurs ont montré un **taux de mortalité de 5,8%** (4% en conventionnel et 24,7% en réanimation) ; **Les facteurs protecteurs du décès semblent être la prise d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et de statines avec des Odds Ratio inférieurs à 0,35** ; **Les facteurs augmentant le risque de décès** semblent être les **antécédents cardiaques** (coronaropathie, arythmie, insuffisance cardiaque) avec un risque multiplié par plus de 2 et **les pathologies pulmonaires avec la BPCO** (risque multiplié par 3) et le **tabagisme actif** (risque multiplié par 2) ; **L'âge supérieur à 65 ans et le fait d'être un homme sont également des facteurs de risque de décès.**

- **Epidemiological and clinical features of asymptomatic patients with SARS-CoV-2 infection** ; Xu T et al ; *J Med Virol*. 2020 Apr 28.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jmv.25944>; <https://bibliovid.org/epidemiological-and-clinical-features-of-asymptomatic-patients-with-sars-cov-2-i-505>

Objectifs : étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients infectés par le SARS-CoV-2 sans aucun symptôme tout du long de l'infection.

Méthodes : **étude de cohorte rétrospective** de patients infectés par le SARS-CoV-2, confirmés en RT-PCR, complètement **asymptomatiques** tout le long de l'infection, de 10 hôpitaux de la province du Jiangsu du 18 janvier au 26 février ; exclusion des enfants de moins de 3 ans, ne pouvant pas exprimer leurs symptômes.

Résultats : dans cette étude, 15 patients asymptomatiques (sur 342 patients avec infection à SARS-CoV-2 confirmée), **10 ont présenté des anomalies biologiques, 8 des anomalies radiologiques** ; **les patients ne présentant aucun symptôme mais exposés devraient être testés pour le SARS-CoV-2 par des prélèvements en naso-pharyngé mais également en rectal** ; les patients asymptomatiques infectés par le SRAS-CoV-2 avaient dans cette étude des issues favorables.

- **Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial** ; Wang Y et al ; *Lancet* ; April 29, 2020

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31022-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31022-9/fulltext); <https://bibliovid.org/remdesivir-in-adults-with-severe-covid-19-a-randomised-double-blind-placebo-cont-490>

Objectifs : évaluer l'efficacité et la sécurité du traitement par **remdesivir** chez des patients COVID-19 sévères

Méthodes : **essai randomisé, contrôlé contre placebo, en double aveugle** ; inclusion de patients adultes hospitalisés dans 10 hôpitaux de Wuhan (Chine) pour infection à SARS-CoV-2 sévère avec les critères suivants : test PCR positif + pneumopathie visible à l'imagerie thoracique + saturation en O₂ <95% en air ambiant + évolution des symptômes inférieure à

12 jours. Les patients ont été exclus s'ils avaient une cirrhose hépatique ou une insuffisance rénale notamment. L'utilisation concomitante du traitement lopinavir-ritonavir était autorisée. Randomisation stratifiée sur le niveau d'assistance respiratoire avec ratio 2:1 en faveur du groupe remdesivir. **Traitement par remdesivir 200 mg à J1 puis 100 mg de J2 à J10 une fois par jour en IV versus le même volume IV en placebo.** Suivi jusqu'à J28 ou le décès avec recueil des données cliniques, évaluation ECG et prélèvements microbiologiques réguliers jusqu'à J28 (divers sites, pas uniquement naso-pharyngé). **Critère de jugement principal : délai d'amélioration clinique dans les 28 jours après randomisation**, l'amélioration clinique étant définie par la sortie d'hospitalisation ou une amélioration de 2 points sur une échelle ordinale de 6 points avec : 6=décès, 5=sous ECMO ou ventilation mécanique, 4=ventilation non-invasive, 3= hospitalisé avec oxygénothérapie, 2=hospitalisation sans oxygénothérapie, 1=apyrétique + FR <24 + SaO₂>94 en AA + absence de toux. **Critères de jugements secondaires :** 1) **score** à cette échelle à J4, J14 et J28, 2) **mortalité** toute cause, 3) **fréquence de la ventilation invasive** 4) durée de l'**oxygénothérapie** 5) proportion d'**infection nosocomiale**. Statistiques : **analyses en ITT, utilisation de Kaplan-Meier et test log-rank puis modèle de Cox.**

Résultats : le traitement par remdesivir des patients COVID-19 sévères n'est pas associé de manière significative à une réduction du délai d'amélioration clinique (HR=1,23), ni de la mortalité à 28 jours. 66% des patients sous remdesivir ont par ailleurs présenté des effets indésirables et 12% ont dû arrêter le traitement précocement. Bien qu'une légère amélioration de l'état clinique semble être présente sous remdesivir, **cette étude de fort niveau de preuve ne permet pas de conclure à l'intérêt de ce traitement pour les patients sévères.**

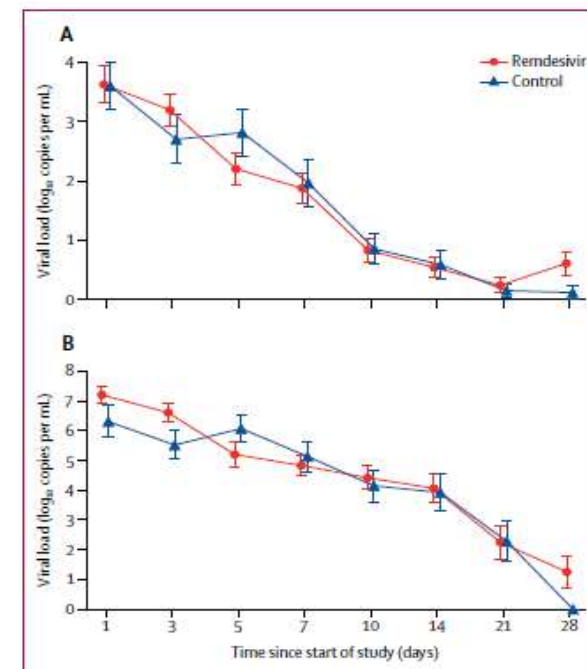


Figure : charge virale par RT PCR, prélèvements des voies aériennes supérieures (A) et inférieures (B)

3. POINT DE SITUATION DU HFDS

1°/ GESTION DE CRISE-OPERATEURS

Activité : RAS

Approvisionnement : RAS

Sécurité des sites : RAS

Transport de personnes / restriction de déplacement : RAS

Contrôle des exportations des équipements de protection individuels (EPI) : RAS

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 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.

4. POINT DE SITUATION DE LA CELLULE LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS	Sécurisation de l'acheminement prioritaire en masques FFP2 depuis la Chine pour la semaine 19, compte-tenu de l'incertitude des vols Air France (cf. point d'attention) Préparation de la mise en œuvre de la voie maritime pour un premier départ 16/5
ANTICIPATION LOGISTIQUE Poursuite du dialogue avec autorités européennes dans le cadre des JPA.	LOGISTIQUE AMONT 28 vols depuis la mise en place du pont aérien (29/3) 216,9 M de masques transportés (dont 20,3 M FFP2) Bilan S18 : 7 vols opérés (sur 7 prévus) 49,9 M de masques acheminés (dont 4,2 M de FFP2) Prévision S19 : - Priorité à l'emport FFP2 + prévision 1,2 M de blouses
ACHATS Tests et réactifs : - marché en cours de préparation au profit du CH Amiens afin de permettre l'utilisation de l'automates MGI reçu en don (100 000 tests) - avenant en cours de préparation au profit de 9 ES pour 1,8 M de tests PCR auprès de la société THERMOFISHER	DOUANES et IMPORT Exigence des autorités chinoises depuis le 30/04 d'une déclaration conjointe importateur-exportateur. Impact possible sur vols S19 – en cours de traitement.
LOGISTIQUE AVAL Réassort GHT (→ établissements du secteur médico-social et abonnés) : - préparation « Réassort S19 » en cours par SPF (38M CHIR / 4,5M FFP2 / 0,3M PED / 0,15M BLOUSES / 2M GANTS) Réassort Officines (→ professionnels de santé du secteur libéral) : - livraison en cours « Réassort S18 » (8M CHIR et 1,6M FFP2) – fin le 04/05 - préparation « Réassort S19 » en cours par SPF (27 M CHIR / 1,5 M FFP2 / 6,5 M PED)	DONS Etat néant URGENCES et FLUX PARTICULIERS Pas de demande POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES Médicaments : prévision de signature contrat Sanofi en S19 (saisine ministre signée) Pont aérien : incertitude sur réalisation nominale du pont aérien S19 (contentieux AF avec la société en charge de l'embarquement fret en Chine) => 2 vols charters de substitution prévus