

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN EPIDEMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données à 15h32)

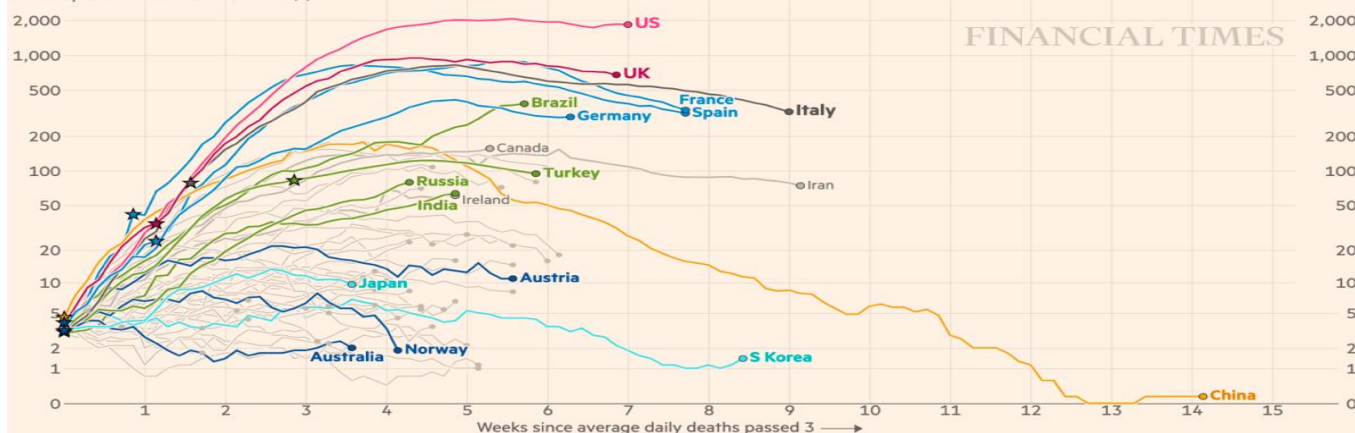
- **Total cas confirmés : 3 688 635 (+82 597)**
- **Total guéris : 1 210 015 (+34 399)**
- **Total décès : 258 085 (+5 955)**
- **Total pays/territoires touchés : 187 (+0)**

Les Etats-Unis rapportent **71 079 décès (+2 145)** et un total de **1 205 138 cas (+24 504)**, 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

Stars represent national lockdowns ★



FT graphic: John Burn-Murdoch / @burnmurdoch

Source: FT analysis of European Centre for Disease Prevention and Control; FT research. Data updated 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, en particulier dans la capitale Moscou. Le bilan russe dépasse les 165 000 cas.

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 les 7 000 et en Afrique de l'Ouest, les cas sont en forte croissance.

ASIE

A Singapour, le nombre cumulé de cas par habitant est désormais supérieur à la France et à l'Allemagne, avec plus de 20 000 cas et 18 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 continue de baisser. Le Vietnam n'enregistre toujours aucun décès (officiel) et un nombre réduit de cas.

OCEANIE

De nombreux archipels du Pacifique 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 :

- **L'OMS annonce avoir réuni, grâce à son Solidarity Response Fund, 4 millions de tests PCR manuels** pour \$49 millions et avoir prévu leur distribution dans 135 pays dans le courant du mois de mai. Via ce programme d'achat groupé, les pays connaissant des difficultés d'accès à certains marchés vont pouvoir acheter les tests à l'OMS directement. Le produit de cette vente constituera la base des achats futurs, servant une capacité de distribution en continu. De tels dispositifs sont en train d'être mis en place pour les PPE et les équipements biomédicaux.
- **Début de déconfinement en Algérie et en Tunisie avec l'autorisation de retour au travail ce lundi d'une partie de la population.** Les pays du Maghreb, ayant mis en place rapidement des mesures strictes de distanciation sociale, présentent un bilan maîtrisé pour l'instant. Des risques de deuxième vague sont néanmoins craints par des experts locaux qui notent que des relâchements dans le respect des consignes de sécurité sont observables. Ainsi, plusieurs commerces ont été fermés en Algérie par manque de moyens mis en place pour assurer l'hygiène et la distance entre les clients. Un rebond pourrait être observé la semaine prochaine selon certains infectiologues qui admettent ne pas pouvoir prévoir le pic, par manque d'équipements et de tests pour le dépistage.

UNION EUROPEENNE / UK / EEA :

- **Comité de Sécurité Sanitaire :** la COM a tout d'abord de nouveau présenté la **chambre de compensation**, qui vise à établir une vue d'ensemble des besoins essentiels en équipements médicaux dans les EM, à aider à identifier les ressources disponibles et à accélérer leur adéquation avec les demandes nationales. Indépendamment de son utilisation dans le cadre de la crise actuelle, elle doit également permettre d'anticiper quelles sont les décisions à prendre sur le moyen/long terme en matière de capacités de production et de reconversion industrielle (pour la production de vaccin par exemple). En ce qui concerne l'**ESI**, des équipes de projet sont en cours de constitution et travailleront sur la liste des actions possibles ainsi que sur les initiatives phares (essais ; vaccins ; reconversion industrielle). La COM souhaite établir une forte coordination avec les EM pour l'**ESI** notamment via les Ambassadeurs. Les 2èmes actions financées dans le cadre de l'**ESI** ont été présentées : (1) un paquet sur la mobilité (220 millions d'euros) qui comprend : i) l'assistance au personnel médical et le soutien opérationnel aux capacités de réponse médicale mobile ; ii) le transport de fret ; iii) le transport de patients ; (2) un paquet sur l'achat de produits essentiels liés à la santé (100 millions d'euros) : 10 millions de masques ont été achetés et seront livrés très prochainement. BE, DE, DK, FR, IT et NL ont fait le point sur les mesures de **déconfinement**. Concernant les **vaccins**, certains pays ont exprimé leur intérêt pour l'achat conjoint de vaccins et ont fait état des groupes à risque et des stratégies de vaccination en cours d'élaboration. FR a souligné la nécessité d'une approche communautaire pour la coordination de la stratégie de vaccination et la sécurisation de l'accès. Concernant la maladie de **Kawasaki**, 11 enfants ont été identifiés avec des symptômes en BE, IT a développé un protocole spécifique pour la prise en charge des enfants concernés. L'ECDC a planifié d'aborder ce sujet à l'occasion de sa prochaine réunion des autorités de surveillance. Enfin, l'action commune (JA) " Healthy Gateways" a proposé à la COM de développer des **formulaires de traçabilité des passagers** (locator cards) numérisés, qui seraient remplis par le biais d'une WebApp (formulaire interactif) sur les téléphones mobiles ou les tablettes. Cette proposition fait suite à des demandes de plusieurs EM et repose sur le fait qu'un grand nombre de formulaires papier peuvent être difficiles à remplir dans le cadre des activités de recherche des contacts. La JA pourrait également développer une base de données électronique de passagers en temps réel pour le stockage de tous les formulaires numérisés. Les points de contact désignés auraient accès à la base de données, facilitant ainsi la recherche des contacts.
- **Conseil Numérique :** DE ne s'est pas jointe à la déclaration commune portée par FR, ES et IT pour rappeler l'importance des applications numériques comme l'un des outils majeurs de sortie de crise sanitaire et la nécessité de leur interopérabilité. Le commissaire Breton a fait sa priorité d'une « approche commune dans les prochains jours, car le déconfinement ne peut attendre ». Il a rappelé la nécessité de discuter avec Apple et Google des besoins de l'UE pour faire fonctionner ces applications et les contrôler dans le cadre de l'autonomie stratégique européenne. L'accent a également été mis sur la cible que représentent ces applications en termes de cyber sécurité.
- **Réunion IPCR (Ambassadeurs) :** la réunion a permis de faire le point sur : i) l'évolution de l'épidémie et la mise en place d'une méthodologie harmonisée de recensement des cas sur la base d'une présentation de l'ECDC ; ii) les propositions à venir de la COM, notamment en matière de tourisme et de gestion des frontières ; iii) la situation concernant les pénuries de médicaments et d'équipements médicaux ; iv) les rapatriements ; v) les activités de la chambre de compensation et le recours à l'**ESI** ; vi) les résultats de la conférence des donateurs du 4 mai ; vii) le recensement des mesures nationales de déconfinement. La Présidence a rappelé que le recensement des mesures nationales de déconfinement serait mis à jour deux fois par semaine.
- **Groupe « frontières » :** s'agissant de la levée graduelle des restrictions de circulation aux frontières intérieures, la COM a pris position pour que les EM s'orientent graduellement vers une sortie des contrôles aux frontières. Elle a pu s'appuyer pour cela sur l'affirmation du centre européen de prévention et de contrôle des maladies, que ces contrôles n'avaient pas d'intérêt d'un point de vue scientifique dans la lutte contre l'épidémie dans la mesure où cette dernière touchait l'Europe entière. S'agissant des frontières extérieures, la COM estime que « la situation n'était pas encore mûre » pour affiner les mesures préventives aux frontières extérieures. Et elle s'apprête à proposer une nouvelle prolongation pour un mois de la limitation d'entrée aux frontières extérieures.

FOCUS BELGIQUE

Les mesures de distanciation sociale, les tests et le contact tracing

- Sont autorisées depuis le 04/05 les promenades et les activités physiques en plein air (activité nautique notamment) n'impliquant pas de contacts physiques, seul ou en compagnie de personnes vivant sous le même toit et/ou en compagnie au maximum de deux autres personnes qui doivent toujours être les mêmes, moyennant le respect d'une distance d'1,5 m entre chaque personne.
- Les infrastructures nécessaires à l'exercice de ces activités et n'impliquant pas de contacts physiques (à l'exclusion des vestiaires, douches et cafétérias) peuvent être accessibles.
- Les balades à moto récréatives sont à nouveau autorisées. La balade devra commencer et se terminer à la maison sans arrêt sur des sites touristiques.
- Les mariages civils et religieux sont de nouveau autorisés (en présence des conjoints et témoins seulement), de même que les cérémonies funéraires, mais uniquement en présence de 15 personnes maximum, avec le maintien d'une distance d'1,5 mètre entre chaque personne et sans possibilité d'exposition du corps.
- **Dès le 10/05, chaque famille pourra accueillir sous son toit 4 personnes, famille ou amis, à condition qu'elles soient "toujours les mêmes".**
- **La réouverture des musées sera réexaminée à partir du 18/05, celle des restaurants/bars/café est prévue au plus tôt le 8/06.**
- **La possibilité de voyager en Belgique / à l'étranger n'est pas envisagée avant le 8/06.**
- Le déconfinement s'accompagne d'un **dépistage** plus large des personnes (25000 tests/j - les médecins généralistes peuvent tester dans leurs cabinets depuis le 4/05) et d'un suivi des contacts des personnes contaminées. Ce contact tracing entre en phase de test la semaine du 4/05 et sera opérationnel à partir du 11/05. Il sera réalisé par des centres d'appel (privés) qui contacteront les personnes contacts à partir d'une liste établie par chaque patient.

Les dates clés en matière de déconfinement

- Le Conseil national de Sécurité (CNS) s'est réuni le 24/04 pour poser les premiers pas du déconfinement en Belgique. L'annonce du plan a été faite le 29/04 <https://www.premier.be/fr/exit-strategy-phase-1>.
- Les premières mesures de déconfinement (3 phases prévues) sont en vigueur depuis le 04/05. Elles concernent les transports, les commerces et les loisirs. Les premières mesures dans le monde éducatif débiteront le 15/05 (Flandre) et le 18/05 (Wallonie-Bruxelles).

Le déconfinement dans le secteur éducatif

- Il a été décidé une reprise progressive des cours dans les établissements scolaires, avec des règles d'hygiène strictes.
- Chaque communauté, compétente en matière d'enseignement, met en œuvre cette rentrée selon ses modalités.
- L'enseignement sera mixte avec une partie en présentiel et une partie à distance.
- En Wallonie et à Bruxelles, la rentrée se fera en deux temps, ne concernera pas tous les élèves et les cours ne seront pas donnés tous les jours :
 - A partir du 18/05, les élèves de fin de cycle primaire et secondaire (équivalent CM2 et terminale) retourneront en classe, au maximum 2 j par semaine ;
 - A partir du 25/05, les élèves de début de cycle primaire et secondaire (équivalent CP-CE1 et 6^e-5^e) retourneront en classe, au maximum 1 j par semaine.
- Les classes contiendront au maximum 10 élèves, avec un espace de 4m² chacun.
- Les élèves avec des besoins spécifiques ou en formation professionnelle seront prioritaires.
- Pour les élèves de plus de 12 ans, ainsi que pour les enseignants, le port du masque sera obligatoire.
- En Flandre, la reprise aura lieu le 15/05. La reprise des cours ne concernera que les élèves de début et fin de primaire (équivalent CP-CE1 et CM2), à raison de 4 j par semaine pour les CP-CE1 et 2 j pour les CM2. En secondaire, les élèves de fin de cycle iront en classe un jour par semaine.

Les mesures concernant les transports, les commerces et l'industrie

- Toute personne de plus de 12 ans est obligée de se couvrir la bouche et le nez avec un masque (ou toute autre alternative en tissu) dès l'entrée dans la gare, sur le quai ou un point d'arrêt, dans le bus, métro, tram et train. Des masques et du gel hydroalcoolique seront proposés progressivement à partir du 11/05 dans une centaine de gares (dans les automates ou en magasins). L'exploitation des lignes de bus continuera d'être assurée sur base des horaires établis pour les périodes de vacances scolaires ; les lignes vers les hôpitaux et certaines lignes plus fréquentées seront renforcées. **Aucun voyageur ne pourra se tenir debout dans le véhicule.** Seules les places assises devront être occupées avec une seule personne par banquette.
- Depuis le 04/05, en plus des magasins déjà ouverts (alimentation, animaux, pharmacies, ...), les commerces de détail qui vendent des tissus d'habillement et les merceries ont rouvert. Les autres commerces pourront rouvrir à partir du 11/05 sous strictes conditions. Les magasins de télécommunications et de dispositifs médicaux peuvent également ouvrir (uniquement pour les urgences), en ne recevant qu'un seul client à la fois et sur rendez-vous. Les coiffeurs pourraient rouvrir le 18/05.
- Le télétravail à domicile est recommandé dans toutes les entreprises non-essentiels, quelle que soit leur taille, pour tous les membres du personnel dont la fonction s'y prête. La reprise du travail dans les locaux d'entreprise sera progressive et basée sur un guide de bonnes pratiques.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. EPIDEMIOLOGIE

***Attention :** A partir d'aujourd'hui, ajout des données de façon rétrospective depuis le 16 mars d'un nouveau laboratoire réalisant les RT-PCR. Le nombre total de tests réalisés et de tests positifs rapportés ce jour est plus important.

Toutefois, le nombre de nouveaux patients admis en réanimation reste bas.

137 150 cas confirmés en France (+4 183* dont 939 en 24h)

53 972 personnes guéries parmi les patients hospitalisés

23 983 patients hospitalisés dont :

- 792 lits **en moins** occupés en 24h
- 833 **nouveaux** patients hospitalisés en 24h

6 444 patients admis en réanimation dont :

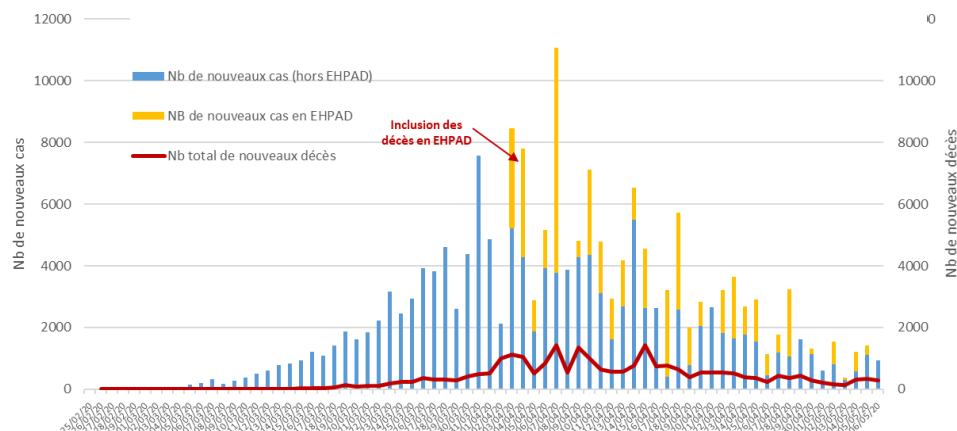
- 3 147 pour le COVID-19 :
 - 283 lits **en moins** occupés en 24h
 - 69 **nouveaux** patients en réanimation en 24h

25 809 décès (+ 278 en 24h) dont :

- 16 237 décès en milieu hospitalier
- 9 572 décès en EHPAD / autres EMS

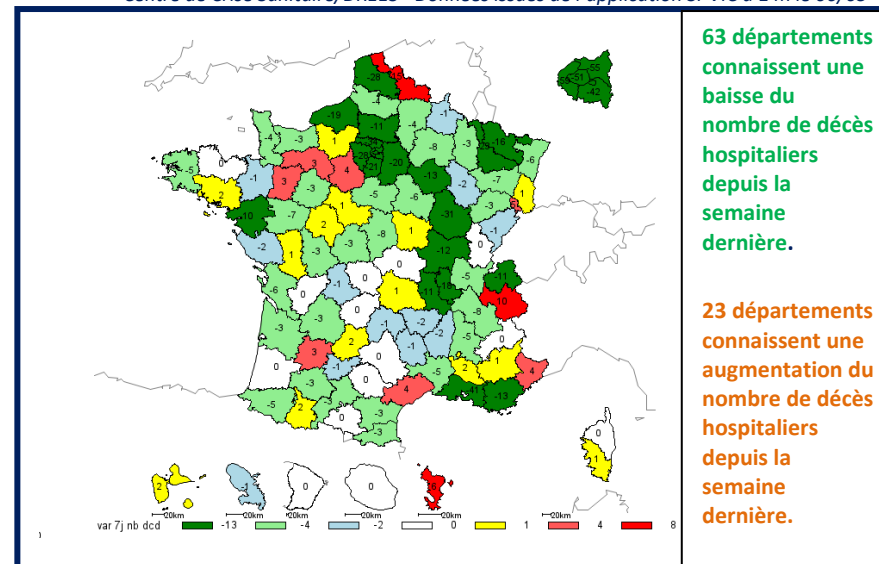
Nombre de nouveaux cas et décès en France, 06 mai 2020 (14h) :

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 06/05

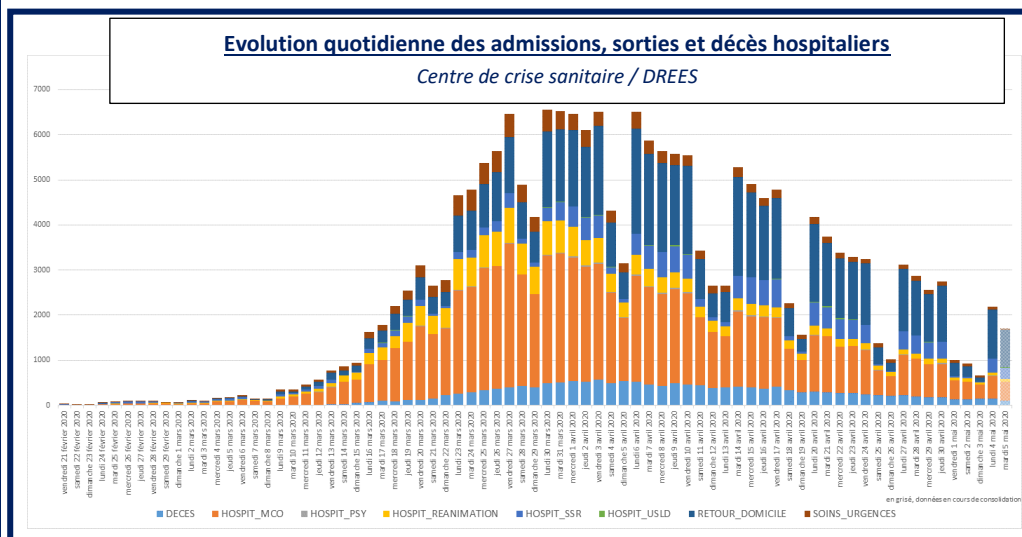


Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région, France, 06 mai 2020 (14h) : Source SPF

Région	Le 06 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	2 299 (10%)	296 (9%)	11 (5%)	5 460 (10%)	1 437 (9%)
Bourgogne-Franche-Comté	1 111 (5%)	114 (4%)	10 (4%)	2 618 (5%)	896 (6%)
Bretagne	352 (1%)	40 (1%)	2 (1%)	897 (2%)	223 (1%)
Centre-Val de Loire	919 (4%)	92 (3%)	0 (0%)	1 361 (3%)	429 (3%)
Corse	54 (0%)	6 (0%)	0 (0%)	195 (0%)	52 (0%)
Grand Est	3 503 (15%)	404 (13%)	43 (19%)	8 720 (16%)	3 037 (19%)
Guadeloupe	16 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	71 (0%)	18 (0%)
Guyane	5 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	36 (0%)	1 (0%)
Hauts-de-France	2 096 (9%)	264 (8%)	21 (9%)	4 452 (8%)	1 480 (9%)
Ile-de-France	9 930 (41%)	1 328 (42%)	120 (54%)	19 392 (36%)	6 347 (39%)
La Réunion	6 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	111 (0%)	0 (0%)
Martinique	19 (0%)	7 (0%)	0 (0%)	78 (0%)	14 (0%)
Mayotte	45 (0%)	7 (0%)	0 (0%)	111 (0%)	12 (0%)
Normandie	562 (2%)	67 (2%)	2 (1%)	1 155 (2%)	365 (2%)
Nouvelle-Aquitaine	535 (2%)	92 (3%)	4 (2%)	1 562 (3%)	342 (2%)
Occitanie	499 (2%)	112 (4%)	0 (0%)	2 257 (4%)	441 (3%)
Pays de la Loire	602 (3%)	64 (2%)	0 (0%)	1 360 (3%)	368 (2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 359 (6%)	195 (6%)	10 (4%)	4 127 (8%)	756 (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 1 932 lits. A noter que ce chiffre inclut les données de l'ARSIF du jour qui a revu largement à la hausse le nombre de ses lits disponibles. **Le TO national en réanimation se place à 67 %. Le TO est supérieur à 70% dans les régions suivantes : GES, IDF, NOR, MAR, GUY. La situation en Martinique semble préoccupante avec 88% de TO de sa réanimation (81% hier).**

IDF (données ARS) : le nombre de lits disponibles en réanimation dans la région s'établit à 541 lits, sur un capacitaire décompté à 2 164 lits installés en réanimation "élargie" (actualisé par l'ARS le 01/05, et en cours de fiabilisation). **Le Val d'Oise et la Seine-et-Marne se distinguent par le faible nombre de lits disponibles (respectivement 15 et 38).**

ARA : le capacitaire est stable à 1 098 lits installés. Le taux d'occupation baisse à 67%. La situation demeure tendue dans l'Ain (88% de TO) et dans la Savoie (79%). La situation s'est

améliorée en Haute-Savoie (56%) et dans le Rhône (73%). Les autres départements sont en dessous de 70%.

BFC : Le capacitaire se maintient à 423 lits installés et la tension régionale est stable à 64% de TO. A noter que seuls 3 départements ont un TO de plus de 75% : la Haute Saône (79%), le Doubs (78%) et la Côte d'or (78%). Le Jura (72%) et la Nièvre (73%) se maintiennent. Les autres départements sont à des TO inférieurs à 60%.

Grand Est : le capacitaire se situe actuellement à 1 141 lits (voir explication ci-dessous). Le taux d'occupation global de la région est stable à 75% (la variation de % des derniers jours étant lié à la réintégration de lits installés). La situation en Alsace reste stable à 83% (Bas-Rhin) et à 90% (Haut-Rhin). **La situation dans la Meuse demeure tendue, avec un TO de 89%.** Les autres départements se situent en dessous de 76% de TO.

HDF (données du 05/05) : 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 avoir un périmètre homogène avec le reste des régions); ainsi, le capacitaire global s'établit à 911 lits, comme la veille. La tension régionale semble descendre à 66%, et **seuls les départements de l'Oise et du Nord ont un TO supérieur à la moyenne, avec respectivement 76% et 72%. Le Pas-de-Calais et l'Aisne sont à moins de 60% de TO.**

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

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 28 000 - 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.

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 : Loi du 23 mars 2020 d'état d'urgence sanitaire

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

28/04/2020 : Présentation de la stratégie nationale de déconfinement par le Premier ministre

04/05/2020 : Protocoles sanitaires de réouverture des écoles, collèges et lycées

07/05/2020 : Examen des critères sanitaires de sortie du déconfinement

➤ MOBILISATION DES RENFORTS

- La mobilisation sanitaire représente 11 050 jours réservistes (données SPF)

➤ 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_100	05/05/2020	Consignes pour une utilisation optimisée de la plateforme « maPUI.fr »
MINSANTE/CCS n°2020_101	05/05/2020	Rôle des ARS pour la connexion et l'utilisation du système d'information de dépistage RT-PCR
Mars n°46	05/05/2020	Consignes pour une utilisation optimisée de la plateforme « maPUI.fr »
Mars n°47	05/05/2020	Rôle des ARS pour la connexion et l'utilisation du système d'information de dépistage RT-PCR

*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

➤ PRESSE ET MEDIA

Média : 50 demandes presse :

- Cartes (couleurs, 3ème indicateurs)
- Reprise des autres interventions chirurgicales
- Stocks médicaments anesthésiants
- Renouvellement ordonnance

Numéro vert : Depuis 8H ce matin, 9 972 appels reçus et 9 663 appels traités

LE VOLET SANITAIRE DU DÉCONFINEMENT :

« PROTÉGER, TESTER, ISOLER, SOIGNER »

SYNTHÈSE DES 4 INSTRUCTIONS MINSANTÉ DU 5 MAI 2020

Délivrance accrue de masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels de santé et aux malades (instructions MINSANTÉ n°98 et DGS Urgent n°27)

En sortie de confinement, distribution de 100 millions de masques / semaine :

1) Pour les professionnels de santé (12 à 24 masques / professionnel / semaine) :

- 24 pour médecin, chirurgien-dentiste, biologiste médical, infirmier
- 18 pour pharmacien, sage-femme, MK, manipulateur, préparateur, technicien
- 12 par autre profession médico-technique
- 15 par salarié de l'aide à domicile en CESU
- 3 par accueillant familial et par personne accueillie)

2) Au bénéfice des patients :

- 50 masques chirurgicaux / semaine / médecin pour les patients à dépister
- 14 masques par semaine pour les malades COVID-19 et les personnes contact
- 10 masques par semaine pour les personnes à très haut risque médical de forme grave de COVID-19 (exemple : les immunodéprimés sévères)

3) **Mode de délivrance inchangé : via les pharmacies d'officine.** Délivrance sur prescription pour les personnes malades, contact ou à très haut risque médical.

Optimisation de l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux pour la prise en charge des patients en réanimation, par la plate-forme de suivi des stocks « maPUI.fr » (instructions MINSANTÉ n°100)

Cette plateforme permet le suivi quotidien et la régulation nationale des stocks des établissements de santé et services d'incendie et de secours, pour leurs activités en réanimation et désormais également en soins palliatifs, endoscopie, chirurgie et cancérologie. Elle vise à réduire les difficultés d'approvisionnement. Tableaux de bord détaillés mis à jour 3 fois par semaine.

Stratégie et modalités de mise en oeuvre du « contact tracing » post-confinement (instructions MINSANTÉ n°99 et n°101 sur le rôle des ARS)

Principes de la stratégie de « contact tracing » (détection des cas, identification des personnes contacts, isolement et quatorzaine des cas et des contacts à risque) :

Il est essentiel d'identifier et de prendre en charge les cas confirmés de COVID-19 et leurs personnes contacts à risque pour **casser les chaînes de transmission du virus.**

Objectif : identifier au moins ¾ des personnes nouvellement infectées.

Test diagnostic par RT-PCR de toute personne présentant des **signes cliniques évocateurs** et isolement dans l'attente du résultat. **En cas de cas confirmé :**

- **Isolement** jusqu'à la guérison (cf. avis HCSP du 16 mars 2020)
- **Recherche des personnes contacts** du cas confirmé (contact dès 48h avant l'apparition de ses symptômes et jusqu'à son isolement)
- Pour toute **personne contact évaluée à risque** selon la définition de Santé publique France (SPF), au sein ou hors du foyer : **placement en quatorzaine et test de dépistage PCR** (immédiat pour les personnes du foyer du cas, 7 jours après le dernier contact pour les personnes hors foyer) ; allègement possible de la quatorzaine sous conditions (après guérison du cas au sein du foyer ; en cas de test négatif et en l'absence de symptômes pour les contacts hors du foyer)
- Toute personne contact qui devient cas confirmé de COVID-19 doit faire l'objet à son tour d'une recherche de ses personnes contacts à risque
- Les mesures d'**isolement** et de **quatorzaine** sont préférentiellement mises en oeuvre **au domicile** des cas confirmés et des personnes contacts à risque. Des **hébergements dédiés** peuvent être proposés, sur évaluation de critères médicaux, sanitaires et/ou sociaux, notamment des capacités d'isolement possibles au sein du domicile
- **Suivi actif et régulier des cas confirmés et des personnes contacts à risque**, pour s'assurer du respect de la mesure d'isolement ou de quatorzaine

Organisation territorialisée en trois niveaux, sous la coordination des ARS

- **Niveau 1 : professionnels de santé** (médecine de ville, établissements de santé) : prise en charge des cas possibles, identification des contacts à risque, *a minima* du foyer
- **Niveau 2 : plateformes de l'Assurance maladie** : identification et prise en charge de l'ensemble des contacts à risque des cas confirmés
- **Niveau 3 : ARS avec les cellules régionales de SPF** : identification et investigation des chaînes de transmission et des clusters et gestion des situations complexes.

Combinaison de 2 systèmes d'information (SI) dédiés à la lutte contre le COVID-19, développés sous l'autorité du Ministère des Solidarités et de la Santé

1) **Système d'information de dépistage RT-PCR (SI-DEP)** pour la gestion des résultats d'analyse par les laboratoires autorisés à réaliser le **diagnostic biologique** : information de la personne prélevée, du préleveur du test, du médecin traitant et des services en charge du « contact tracing » (niveaux 2 et 3). Suivi épidémiologique territorialisé.

2) **Téléservice Contact COVID de l'Assurance Maladie pour l'identification et la prise en charge des personnes contact à risque des cas confirmés de COVID-19.** Il sera alimenté par les signalements des professionnels de santé (via l'interface AmeliPro) et les données du contact-tracing de niveau 2 et partagé entre tous les acteurs du dispositif de « contact tracing ».

2.4. EXPERTISE ET SANTÉ PUBLIQUE

[Le HCSP a publié son avis du 29 avril 2020 sur les risques liés à la réutilisation des masques à usage unique ou à la prolongation de leur port.](#)

Cet avis établi à la lumière des expertises et recommandations disponibles (ANSM, ANSES, SH2H, SH2S, INRS, OMS...) porte sur **2 aspects du recyclage des masques** :

1) le retraitement des masques médicaux à usage unique (masque chirurgical ou FFP2) et leur **réutilisation** dans le champ de la santé ou d'autres secteurs industriels. En l'absence de procédé complet de stérilisation validé à ce jour, le HCSP recommande de **ne pas recycler de masques FFP dans le secteur sanitaire et médico-social pendant cette pandémie**. Si besoin, le recyclage de masques devrait se faire par agrément temporaire (cahier des charges, validation par une agence nationale). Le HCSP appelle à poursuivre les études engagées en France sur le recyclage des masques médicaux, en milieux de soins et industriels, et d'y inclure des masques portés en conditions réelles. Il demande que la filière de collecte et de transport des masques usagés soit sécurisée afin d'éviter une contamination des personnels.

2) les solutions alternatives (prolongation du port de masque, utilisation de masques SMS) au recyclage des masques ne sont **pas recommandées**.

[La Société française d'anesthésie et de réanimation \(SFAR\) a publié le 5 mai 2020 des ressources sur les leçons à tirer des alertes de sociétés savantes de pédiatrie.](#)

Trois fiches ont été établies avec Santé Publique France et plusieurs sociétés savantes (dont pédiatrie et cardiologie), après signalement d'un nombre anormalement élevé de **tableaux cliniques sévères associant syndrome inflammatoire et symptomatologie** variable pouvant toucher **plusieurs organes** :

- Implications pour les anesthésistes des alertes des sociétés savantes de pédiatrie
- Urgences pédiatriques et myocardites/vascularites
- Fiche de recueil des maladies inflammatoires systémiques atypiques pédiatriques

[France Assos Santé et le Collectif ALERTE ont publié le 5 mai 2020 un communiqué exprimant leurs inquiétudes sur la santé des personnes en situation de précarité.](#)

Les personnes les plus vulnérables connaissent une dégradation de leurs conditions de vie et de leur état de santé à chaque étape de l'épidémie. France Assos Santé et ALERTE appellent à une **stratégie massive de dépistage et de mise à disposition de masques au bénéfice des personnes les plus précaires**, pas seulement auprès des personnes mises à l'abri ou hébergées. Ils demandent également que le monde associatif soit consulté dans la gestion de la crise.

[L'Académie nationale de médecine \(ANM\) a publié le 5 mai 2020 un communiqué sur le COVID-19, le traçage épidémiologique et l'éthique médicale.](#)

Réagissant au **projet de loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire**, l'ANM reconnaît l'efficacité potentielle d'un système d'information (SI) spécifique au COVID-19. Elle s'inquiète toutefois d'un traitement de données « *hors le consentement des intéressés* » et de la création d'une dérogation au secret médical. L'ANM est **favorable à un SI de traçage épidémiologique COVID-19 sous 7 conditions d'ordre éthique et juridique** :

- 1° une **information** précise et transparente sur le SI et l'usage des données personnelles
- 2° le **droit d'opposition** de toute personne à la transmission de données le concernant, sans incidence sur sa prise en charge médicale
- 3° réduire les données traitées au **strict nécessaire** et les protéger par **anonymisation**
- 4° **registre** des autorités et salariés ayant **accès aux données** utiles à leur intervention
- 5° **obligation de secret professionnel** pour toute personne accédant aux informations nominatives sur les patients infectés
- 6° haut niveau de **protection** et **durée limitée** du système d'information
- 7° aucune des données nominatives collectées **ne devra être conservée** après ce terme

[La Commission nationale consultative des droits de l'homme \(CNCDH\) a publié son avis du 28 avril 2020 sur le suivi numérique des personnes.](#)

La CNCDH s'est autosaisie sur le **traçage numérique des interactions sociales** (future application StopCovid) destiné à limiter la propagation du COVID-19. Elle estime qu'il amènerait des **atteintes disproportionnées aux droits et libertés fondamentaux** (protection des données personnelles, protection de la vie privée) et un effet cliquet d'accoutumance à la surveillance des comportements. Elle recommande donc au gouvernement de ne pas recourir au suivi numérique des personnes.

[Santé Publique France a publié les 4 et 5 mai 2020 deux synthèses rapides sur la base d'une revue de la littérature scientifique et des recommandations au 24 avril 2020 :](#)

- [L'utilisation des masques, en particulier non médicaux, dans l'espace public ;](#)
- [En amont de la réouverture annoncée des crèches et des écoles.](#)

[La HAS a publié sa réponse rapide du 30 avril 2020 sur la prise en charge médicamenteuse de l'anxiolyse et de la sédation en cas de pénurie de midazolam.](#)

Cette réponse rapide de la HAS complète sa [recommandation de bonne pratique de janvier 2020 sur la prise en charge médicamenteuse en situations palliatives](#). Elle vise à épargner le midazolam, en forte tension notamment pour son usage en réanimation.

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Mai 2020

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

Présentation par le PM du plan déconfinement devant le Sénat

01/05 02/05 04/05 05/05 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

Cap des 50 000 personnes guéries parmi les cas hospitalisés

Barre des 25 000 décès dépassée

Barre des moins de 4000 lits de réa occupés par des patients COVID-19 passée

Epidémiologie

Avec un nombre de décès de plus de 30 000, le Royaume-Uni devient le pays avec le plus de décès en Europe

International

2.5. VEILLE SCIENTIFIQUE – THEMATIQUE

L'essentiel :

- 1) L'isolement et le contact tracing semblent efficaces pour limiter l'augmentation du R_0 .
- 2) Le contact tracing habituel ne serait pas suffisamment rapide pour contrôler l'épidémie de SARS-CoV-2, à cause du délai entre la confirmation du cas et la mise en quarantaine des cas contacts.
- 3) Une application mobile numérique avec notification immédiate des cas contacts serait plus efficace et pourrait amener le $R_0 < 1$.

Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study, 27/04/2020 ;

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309920302875?via%3Dihub> Qifang Bi et al.

Etude, publiée dans The Lancet, de l'Ecole de Santé Publique Johns Hopkins (Baltimore) sur les paramètres clef de l'évolution de la maladie, sa transmission et l'impact des mesures de lutte au sein de la ville de Shenzhen en Chine.

Méthode :

Du 14 janvier au 12 février 2020, le Center for Disease Control and Prevention de Shenzhen a identifié 391 cas de COVID19 et 1286 cas contact (jusqu'à 2 jours avant apparition des symptômes). Comparaison entre les cas identifiés par surveillance symptomatique et ceux par contact tracing, estimation du temps entre la date d'apparition des symptômes et la confirmation, l'isolement et la date d'admission à l'hôpital. Estimation des paramètres clef sur la transmission de la maladie, analyse des facteurs influençant les risques de transmission.

Résultats principaux :

Sur les paramètres clef de la maladie : moyenne d'âge 45 ans, autant d'hommes que de femmes. 91% des cas présentaient des symptômes cliniques légers ou modérés au début de l'étude. Le délai moyen de rétablissement était de 21 jours. **Les cas index étaient isolés en moyenne à 4,6 jours (4,1-5) après avoir développé les symptômes** ; le contact tracing a réduit cela à 2,7 jours (2,1-3,3). **Les contacts au sein du foyer familial et les personnes voyageant avec un cas confirmé présenteraient un risque d'infection plus élevé que les autres contacts proches.** Le taux d'attaque secondaire au sein du foyer familial serait de 11,2% et les enfants (<10 ans) seraient autant susceptibles d'être infectés que les adultes. **Le R_0 a été réduit à 0,4 (0,3-0,5)** avec un intervalle sériel moyen de 6,3 jours (5,2-7,6), grâce notamment à l'isolement des cas, au contact tracing et aux mesures de distanciation sociale.

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

centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Interprétation :

L'isolement et le contact tracing réduisent le temps pendant lequel les cas sont infectieux au sein de la communauté, provoquant ainsi une réduction du R_0 . L'impact de ces mesures dépend néanmoins du pourcentage d'asymptomatiques.

Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing , 31/03/2020 ;

<https://science.sciencemag.org/content/early/2020/04/09/science.abb6936> Luca Ferretti et al.

Etude publiée dans Science de l'Université d'Oxford sur la nécessité de disposer d'une application de Contact tracing, un contact tracing habituel n'étant pas suffisamment efficace.

Méthode :

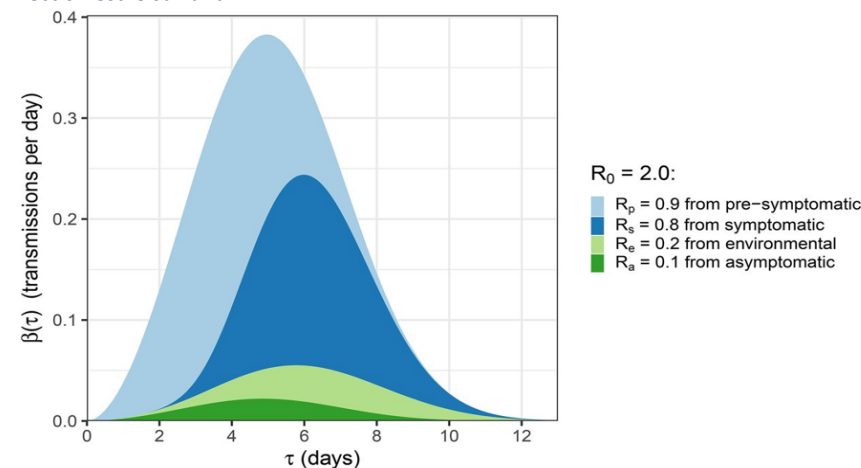
Modélisation d'infectiosité du virus selon 4 voies probables :

- Transmission symptomatique : transmission par un individu symptomatique ;
- Transmission pré-symptomatique : transmission qui se produit avant que l'individu infectant ne présente de symptôme ;
- Transmission asymptomatique : transmission qui s'est produite par un individu qui n'aura le long de l'infection présenté aucun symptôme ;
- Transmission environnementale.

Calcul du R_0 , estimation de la proportion de transmission selon chacune des 4 voies, et prédictions pour savoir si le contact tracing et l'isolement des cas confirmés est suffisante pour prévenir l'expansion de l'épidémie.

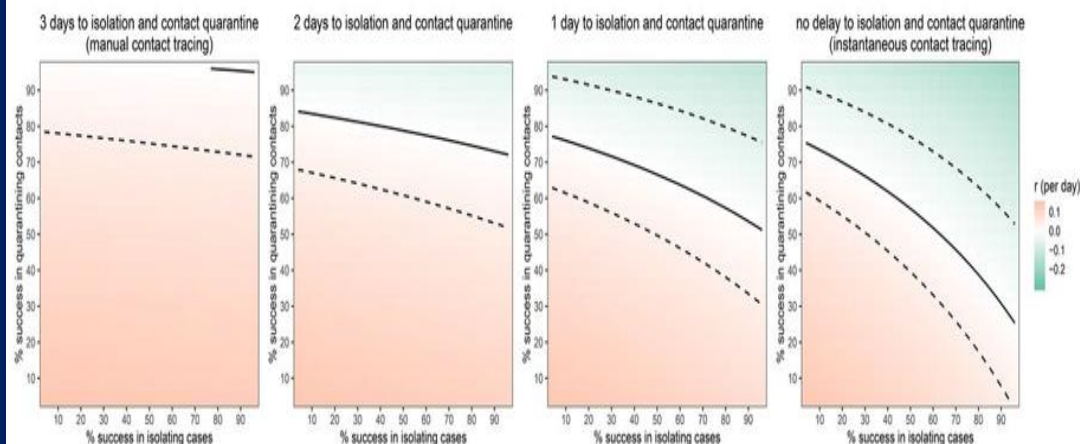
Résultats principaux :

Le modèle d'infectiosité (nombre moyen de personnes infectées) en fonction du temps depuis le début de l'infection est le suivant :



L'aire totale colorée sous la courbe représente le R_0 (2) c'est-à-dire le nombre de personnes infectées par l'individu malade pendant la durée de son infection. Les couleurs indiquent la proportion de chacune des voies de contaminations. **La proportion de transmissions pré-symptomatiques / transmissions pré-symptomatiques et symptomatiques serait de l'ordre de 55%** ce qui est supérieur à leur estimation de 37% qui avait été effectuée à partir de l'étude de 40 transmissions d'individu à individu.

Modélisation du contact tracing et de l'isolement des cas : impact de 2 interventions (isolement des individus symptomatiques, contact tracing et quarantaine des cas contacts). Ces interventions doivent arrêter la diffusion de l'épidémie en réduisant les transmissions des cas symptomatiques et de leurs contacts (pas nécessairement symptomatiques) pour minimiser l'impact sur la population. En pratique, aucune intervention ne sera possible sur la totalité des individus. Le taux de succès de ces interventions détermine l'évolution de l'épidémie sur le long terme. **Si le taux de succès est suffisamment élevé, la combinaison de l'isolement et du contact tracing pourrait amener le R_0 en dessous de 1 et donc contrôler efficacement l'épidémie.** En utilisant le modèle d'infectiosité développé ci-dessus, les auteurs évaluent l'impact de ces interventions sur le développement de l'épidémie en fonction du taux de succès de l'isolement des cas symptomatiques (abscisse) et du taux de succès de la quarantaine des cas contacts (ordonnée) et ce en fonction de 4 scénarii : (à gauche) de 3 jours entre l'isolement du cas symptomatique et la mise en quarantaine des cas contacts (délai de contact tracing « manuel » habituel) jusqu'à (tout à droite) pas de délai :



Seules les situations présentes au-dessus de la ligne noire sont efficaces. **Le délai trop long entre l'isolement du cas symptomatique et la mise en quarantaine des cas contact rend ces interventions**

inefficaces pour contrôler l'épidémie : le contact tracing « manuel » habituel n'est pas suffisamment rapide pour le SARS-CoV-2. Un délai entre la confirmation des cas et la recherche des contacts n'est pas inévitable. Spécifiquement, ce délai peut être évité en utilisant une application mobile.

Une application mobile peut rendre le contact tracing et la notification instantanée dès la confirmation du cas. Les cas contact peuvent être prévenus immédiatement pour qu'ils soient mis en quarantaine. De telles applications ont été utilisées en Chine et en Corée du Sud. Il est également important de réduire le délai entre l'apparition des symptômes et la confirmation du cas, en rendant les tests plus rapides. A noter, les considérations éthiques d'une telle application sont à prendre en compte et les individus devraient avoir le choix de télécharger cette application ou pas.

Discussion :

Le modèle suggère que la contribution de la transmission pré symptomatique serait de 0,9 (sur un R_0 de 2), presque assez pour maintenir une épidémie à elle seule. En comparaison, pour le SRAS il était estimé à 0. La transmission se déroulant rapidement et avant apparition des symptômes, il ne semble pas probable de contenir l'épidémie uniquement par l'isolement des cas symptomatiques. **Le contact tracing « manuel » habituel est trop lent (3 jours) et peut uniquement améliorer la situation de manière limitée, il n'est pas non plus adapté à une évolution rapide de l'épidémie (pas assez de personnel). Les auteurs suggèrent qu'une application mobile prévenant les cas contacts de façon instantanée dès confirmation du cas index pourrait réduire le R_0 et le rendre inférieur à 1 de façon à stopper la diffusion du virus.** Cela apportera également de nouvelles données pour évaluer la diffusion de l'épidémie. Les auteurs soulignent que les transmissions asymptomatiques et les transmissions par voie aérienne sont estimées sur les données actuelles. **L'application devrait être un outil parmi d'autres mesures de prévention type distanciation sociale, mesures barrières, décontaminations environnementales notamment**

Dans cette étude, les contacts des cas contacts n'ont pas été inclus, ce qui pourrait améliorer l'efficacité du contact tracing. **Les auteurs recommandent une exploration urgente des moyens numériques de distanciation physique par contact tracing digital.**

3. POINT DE SITUATION DU HFDS

1°/ GESTION DE CRISE-OPERATEURS

Approvisionnement : Demande de l'**Institut Pasteur de Lille** de disposer d'un approvisionnement temporaire en masques FFP2 et sur blouses afin de poursuivre son activité.

Contrôle des exportations des équipements de protection individuels (EPI) : 3 nouvelles demandes à instruire.

En attente :

- Blocage de l'exportation des machines d'inactivation de déchets infectieux de la **société française Tesalys** par la Chine ;
- **La société Dagard**, spécialisé dans la production de matériel de décontamination, rencontre des difficultés en approvisionnement auprès de ses fournisseurs situés en Italie et en Chine.

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).
- **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
Mercredi 6 mai 2020	0	88	Indisponibles (ASA) =1 555 Télétravail = 11 460	NC	4

4°/ CYBER

Signalement d'un évènement malveillant impactant le département 94 depuis le 5 mai au soir. De fait plusieurs entités comme SPF, ANSES et 2 hôpitaux ont été impactés. Retour à la normal prévu ce jour.

5. POINT DE SITUATION DE LA CELLULE LOGISTIQUE

POINTS SAILLANTS

Consolidation du circuit de distribution de médicaments pris en approvisionnement par l'Etat
Formalisation des règles d'élaboration des plans de chargement « pont aérien » et « voie maritime »
Accord SPF pour réalisation des contrôles qualité en Chine

ANTICIPATION LOGISTIQUE

JPA Biologie :

Accord Cabinet MSS pour achat par la France sur marchés JPA UE.
(2 à 3M écouvillons; 3M kits réactifs PCR pour automate CEPHEID)

JPA Médicaments « essais cliniques Covid 19 » :

En cours : finalisation de l'expression des besoins par la France.
Médicaments donnés à titre compassionnel par les laboratoires, en échange de retours sur les résultats des essais

ACHATS

Tests et réactifs :

Notification par la DGS du marché Lightcycler (PCR) pour l'Institut Pasteur de Cayenne concernant la livraison d'un automate d'extraction

TRANSIT

Aérien :

- S19 : 3 vols arrivés/7 vols prévus
- S20-S22 : vols supplémentaires CEVA en attente de confirmation

Maritime :

- 1 bateau / semaine à/c de S21
- en cours : planification chargement pour 1^{er} départ (16/05)

RESSOURCES / APPROVISIONNEMENTS

Flux moyens de S19 à S22 :

- FFP2 : 45 M/semaine ;
- CHIR : 75 M/semaine.

L'ouverture voie maritime permettra de désengorger entrepôts chinois.

DOUANES et IMPORT

Aide au déblocage en douane des masques (60 000 FFP2) importés pour le CHU de Strasbourg

LOGISTIQUE AVAL - URGENCES et FLUX PARTICULIERS

19^e et 20^e automates MGI livrés avec consommables associés (Orléans, PACA)
Arbitrage en cours sur distribution 10 000 blouses

LOGISTIQUE AVAL – FLUX PLANIFIES

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

- livraisons « Réassort S19 » en cours. Fin prévue le 08/05
(38M CHIR / 4,5M FFP2 / 0,3M PED / 0,15M blouses / 2M gants)
- planification « Réassort S20 » en cours

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

- Livraisons « Réassort S19 » en cours (27 M CHIR / 1,5 M FFP2 / 6,5 M PED). Fin le 08/05
- préparation « Réassort S20 » en cours par SPF (44M CHIR, 1,55M FFP2)

DONS

Dons en cours d'instruction : 50 000 visières de la part du gouvernement maltais

POINTS D'ATTENTION - ARBITRAGES

Tests + réactifs : consolidation circuits d'approvisionnements en consommables dans le cadre de la stratégie de déconfinement

FFP2 : priorisation sur pont aérien jusqu'en S22 puis 7M par semaine jusqu'en S27 (arrivée bateau)