



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

cohorte de suivi longitudinale avec un recueil à chaque visite des auto questionnaires (qualité de vie : SF36, fatigue : Pichot, dyspnée : MRC, Borg, cognitifs : MoCa, Stress : SSPT) un examen clinique exhaustif, des avis spécialisés avec bilan sanguin et imagerie selon l'évolution. L'objectif de notre étude est de décrire l'ensemble de nos données sur les caractéristiques socio-clinico-biologiques des patients inclus (J0) avec au moins une consultation de suivi Post Covid > à 4 semaines (S4) ayant évolué ou pas vers un Covid-Long (> 12S) pour construire un score composite du Covid-Long

**Résultats:** 201 patients ont été inclus, 190 analysés dont 55 % de femmes, d'âge médian de 55 ans, actif dans 60 % des cas (24 % domaine santé), 58 % avec une comorbidité à risque de forme sévère. L'épisode aigu en ambulatoire pour 85 (42.2 %) patients, en hospitalisation conventionnelle pour 76 (37.8 %) ou en soins intensif/réanimation pour 40 (20 %). Une corticothérapie et une oxygénothérapie ont été prescrite pour respectivement 78 (38.8 %) et 114 (56.7 %). 49 (24.4 %) patients ont décompensé ou découvert (7 %) une maladie chronique. En moyenne les patients ont eu 2,6 visites et 48 % d'entre eux ont un suivi de plus de 12 mois. A S12 du suivi, 122 patients ont le statut de COVID Long (CL+) avec un nb moyen de symp = 3,6 +/- 2,2 (1-10) et 68 sont guéris (CL-). En analyse uni variée les FDR de CL+/CL- sont 1) le sexe féminin (p=0.004), un âge < à 65 ans (p=0.002) et être personnel de santé (p=0.022). 2) à J0 : anosmie/agueusie (p=0.011), myalgies (p=0.041) et épisode initiale ambulatoire (p=0.002). 3) à S4 : une dyspnée [échelle de Borg ≥ 3 (p=0.003)+ mMRC ≥ 1 (p=0.036)] et une Fatigue sévère [Pichot ≥ 20 (p<0.001)]. Dans le modèle de régression logistique multivariée, les FDR de CL+ sont à J0 d'avoir un âge < à 65 ans et fait un COVID aigu peu sévère avec prise en charge en ambulatoire avec respectivement OR 2.4 (IC95 : [1.0 ; 5.4]) et OR 2.3 (IC95 : [2.3 ; 4.6]). 2) à S4 post COVID d'avoir des difficultés cognitives OR 6.046 (IC95 : [1.82 ; 20.1]) et les signes fonctionnels psychiatriques OR 5.9 (IC95 : [1.7 ; 20.4]) ainsi qu'une Fatigue sévère OR 5.4 (IC95 : [1.2 ; 24.1]). En modélisant nos résultats nous avons construit un score composite comme outil pronostique de Covid-Long. Dans la formule chaque item en gras devra être remplacé par 0 ou 1 selon absence ou présence, femme (1) et age en chiffre.

$$= 1 / (1 + (\text{EXP}((-1) * ((-2,745) + (-0,329) * \text{Femme} + 0,005 * \text{AgeQuantitatif} + 0,589 * \text{ambulatoire} + (-0,418) * \text{FDR-HCSP} + 0,9 * \text{Symptômes} < 5 + (0,181) * \text{Borg} > 3 + 0,263 * \text{mMRC} > 1 + 1,694 * \text{Pichot} > 20 + 1,72 * \text{anosmie/agueusie} + 1,799 * \text{DifficultésCognitives} + 1,766 * \text{SymptômesPsychiatriques} + 2,008 * \text{DiagnosticDifférentiel})))$$

**Conclusion:** Ce score, après une validation externe, nous permettra d'évaluer le pourcentage de risque d'évoluer vers un COVID long qu'aura chaque patient d'après ses données du J0 et de sa première consultation post covid. Cette étude objective à nouveau la nécessité de chercher à la fois la présence des symptômes mais aussi de les quantifier par des échelles simples et reproductibles.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.125>

## COVID-27

### COVID-19 : intérêt de la mise en place de centre hospitalier de vaccination (CHV)

M. Martinot, M. Laurent, M. Mohseni-Zadeh, D. Roncalez  
Hôpitaux Civils de Colmar, Colmar, France

**Introduction:** De nombreux patients sont encore insuffisamment vaccinés pour la COVID-19 que ce soit pour la primovaccination et ou le rappel. Les raisons de cette non-vaccination sont nombreuses mais, outre le refus de patients par conviction, un certain nombre de patients isolés (personne âgée, barrière de langue, méconnaissance de schéma vaccinal spécifique...) n'ont pu accéder à cette vaccination en ville. L'hospitalisation est une porte d'entrée pour l'identification de ces patients et une proposition vaccinale.

Nous avons implémenté une organisation hospitalière pérenne à partir de juin 2021 afin de proposer une possibilité de vaccination aux médecins hospitaliers qui souhaitaient proposer cette vaccination à leurs patients. Cette étude vise à évaluer l'efficacité de cette organisation de mai à décembre 2021.

**Matériels et méthodes:** Pour les patients éligibles et volontaires, les médecins commandaient une dose le vaccin BNT162b2 (Comirnaty® ; BioNTech Pfizer) à la pharmacie hospitalière (PUI). Après validation pharmaceutique, la préparation de la dose était programmée par la PUI. Les doses étaient administrées par les infirmières en services de soins. La vaccination était renseignée par le pharmacien via le téléservice "Vaccin Covid". Tous les patients vaccinés ont été inclus. Pour évaluer la population éligible à cette vaccination nous avons comptabilisé tous les patients hospitalisés pendant la même période en excluant les patients hospitalisés en unité COVID, pédiatrie, Soins Continus et réanimation, pour moins de 24h (patients non éligibles), ou en chirurgie (organisation vaccinale non implémentée)

**Résultats:** Entre mai et décembre 2021, 352 doses de vaccins COVID-19 ont été délivrées. Le délai médian de mise à disposition du vaccin était de 1 jour après commande. Le nombre mensuel de doses délivrées variait entre 29 et 60. Parmi ces 352 doses, on comptabilisait 203 premières doses (58 %), 149 doses de rappel (42 %) (2ème ou 3ème dose). 245 (70 %) doses ont été administrées à des patients âgés de plus de 65 ans. Ces 352 doses ont été administrées à 187 patients hospitalisés et 65 patients issus de cohorte de patients chroniques notamment hémodialysés ou présentant une hémopathie, dont 55 ont reçu leur schéma vaccinal complet au sein de notre établissement. Nous avons rapporté la proportion de patients vaccinés hospitalisés au sein de la population totale hospitalisée potentiellement éligible pendant la période d'étude. 4791 patients ont été hospitalisés dans une unité où la vaccination était réalisable, 3,9 % des patients hospitalisés ont donc bénéficié d'une dose de vaccin BNT162b2, avec une proportion bien plus élevée de patients réellement éligibles c-à-d n'ayant in fine pas un schéma vaccinal complet.

**Conclusion:** Ces résultats montrent la faisabilité et l'intérêt de la vaccination COVID-19 au sein des hôpitaux pour les patients hospitalisés fragiles. Cette vaccination de patients hospitalisés permet d'améliorer la couverture vaccinale des patients les plus fragiles et de diminuer la proportion de patients insuffisamment vaccinés en milieu hospitalier. La constitution de CHV peut être un outil important d'amélioration de la couverture vaccinale des populations les plus à risque à risque pour la COVID et probablement d'autres pathologies

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.126>

## COVID-28

### Impact d'une campagne de vaccination COVID-19 en population carcérale

K. Diallo, A. Fanny, Y. Koumar, R. Manaquin, A. Bertolotti, P. Poubeau  
CHU de la Réunion, Saint-Pierre, France

**Introduction:** La population carcérale est précaire et peu médicalisée. Les maisons d'arrêt souffrent régulièrement de surpopulation, et ont un flux régulier important d'entrants et de sortants. Le niveau de connaissances médicales est faible et les détenus sont souvent peu ou mal informés quant à la vaccination contre la COVID-19. Nous avons mis en place dans une maison d'arrêt, pouvant accueillir théoriquement 115 détenus, une proposition de vaccination des détenus, par un vaccin ARN messenger à partir de juillet 2021. Tous les détenus sont dépistés à l'entrée dans l'établissement. Une épidémie est survenue dans cette même maison d'arrêt fin janvier 2022.

**Matériels et méthodes:** Nous avons recensé le nombre de patients vaccinés du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 janvier 2022 et le nombre de doses

reçues. Nous avons recensé les détenus positifs lors de l'épidémie et évalué leur statut vaccinal.

**Résultats:** La maison d'arrêt a enregistré 484 entrées avec des durées de séjours variables. Parmi eux, 115 détenus ont été vaccinés et un total de 195 doses ont été administrées. Nous avons réalisé 96 premières injections, 82 deuxièmes injections et 17 troisièmes injections. Nous avons recensé 16 tests positifs parmi les détenus au 31 janvier 2022, dont 10 (62,5 %) à partir du 26 janvier. Parmi eux, 4 avaient été vaccinés (25 %). Deux patients étaient éligibles à leur troisième dose, un patient avait eu 2 doses récentes et un patient n'avait eu qu'une seule dose. Aucune forme symptomatique n'a justifié une hospitalisation.

**Conclusion:** La vaccination est un enjeu de santé publique majeur en milieu carcéral, notamment vis-à-vis du SARS-CoV2. La promiscuité et la surpopulation favorisent la circulation de celui-ci, favorisant l'émergence d'épidémies chez une population dont l'état de santé reste fragile.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.127>

## COVID-29

### Couverture vaccinale contre la Covid-19 des populations en grande précarité en Ile-de-France et à Marseille : une enquête transversale stratifiée

T. Roederer<sup>1</sup>, B. Mollo<sup>2</sup>, C. Vincent<sup>1</sup>, G. Leduc<sup>1</sup>, J. Sayyad<sup>1</sup>, S. Vandentorren<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Epicentre, Paris, France

<sup>2</sup> Epicentre / Médecins Sans Frontières / Hôpital Bichat Claude-Bernard, Paris, France

<sup>3</sup> Santé Publique France, Saint Maurice, France

**Introduction:** Les populations en grande précarité ont été surexposées au SARS-CoV2 avec une morbi-mortalité plus importante. La vaccination de ces personnes, enjeu prioritaire souligné par différentes recommandations, se heurte néanmoins à plusieurs difficultés. Une enquête a été menée pour estimer cette couverture vaccinale, et les facteurs qui lui sont associés.

**Matériels et méthodes:** Nous avons mené une enquête transversale stratifiée avec échantillonnage aléatoire par grappe à deux degrés. Entre le 15 novembre et le 22 décembre 2021, 227 sites abritant des publics précaires ont pu être investigués en Ile-de-France (IDF) et à Marseille, répartis en 6 strates. Au total, 3811 entretiens individuels ont été effectués dans la langue du participant.

**Résultats:** En IDF, l'accès à la primo-vaccination a été de 79.3 % [95 % IC : 76.0-82.6] dans les centres d'hébergements, 70.4 % [67.2-73.6] dans les hôtels sociaux du « 115 », 86.1 % [83.3-88.7] dans les foyers de travailleurs, 41.3 % [22.3-60.4] dans les aires permanentes d'accueil de gens du voyage, 44.3 % [35.5-53.2] dans les bidonvilles, squats informels et à la rue. Cet accès était de 40.4 % [30.8-50.0] parmi les sans-abris à Marseille. Le schéma vaccinal initial complet (2 injections ou équivalent) y était respectivement de 75,7 % [72.2-79.3], 63.0 % [59.5-66.5], 81.6 % [78.7-84.5], 30.5 % [14.0-46.9], 38.4 % [30.4-46.5] et 32.4 % [23.1-41.8]. Cette vaccination a été effectuée principalement dans les centres de vaccination pour la population générale (54.9 % au total), tandis que le recours aux dispositifs « d'aller-vers » ont concerné 17,6 % des vaccinés.

Les raisons de non-vaccination étaient davantage liées à des refus d'effectuer le vaccin plutôt qu'à des barrières d'accès, avec une crainte des effets secondaires et un sentiment d'inefficacité du vaccin. Par ailleurs, 24,2 % déclaraient le Pass Sanitaire comme la raison déterminante de leur vaccination.

En analyse univariée, l'accès à la primo-vaccination est associée au fait d'avoir une couverture maladie (OR=2,6 ; 95 % IC : 2,2-3,1), un médecin habituel (OR=2.0 ; IC : 1.7-2.3), une opinion personnelle

positive sur la vaccination anti-Covid-19 (OR= 17.2 ; IC : 14.0-21.1), ainsi que celle de son entourage (OR= 4.3 ; IC : 3.4-5.4) et le fait d'avoir été sensibilisé à la vaccination par les hébergeurs (OR= 2.5 ; IC : 1.6-3.9). Il y a aussi une forte association avec le type de logement et l'environnement social, comme le reflète la disparité entre les strates.

Les analyses multivariées et stratifiées sont en cours et seront présentées aux JNI.

**Conclusion:** L'accès à la vaccination contre la Covid-19 est faible pour un public surexposé. Renforcer une prise en charge sociale globale et inclusive de ces personnes dans la société, s'appuyer sur des médiateurs de confiance connaissant individuellement ces personnes, et encourager les dispositifs du « aller-vers » sont autant de leviers déterminants pour améliorer la couverture vaccinale.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.128>

## COVID-30

### « Vaccination anti-Covid en 1 clic »

F. Norre<sup>1</sup>, S. Canouet<sup>2</sup>, C. Mourlan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CPias Occitanie, Montpellier, France

<sup>2</sup> CPias Occitanie, Toulouse, France

**Introduction:** L'introduction de la dose de rappel du vaccin anti-Covid a complexifié le schéma vaccinal. D'abord ouverte aux plus de 65 ans et personnes avec comorbidités, elle s'est élargie par la suite à toute la population de 18 ans et plus. Les recommandations vaccinales évoluent très régulièrement rendant difficile l'actualisation des connaissances des prescripteurs. Nous avons souhaité, à l'échelle de la région, aider les professionnels de santé à bien orienter leurs patients dans leur parcours vaccinal grâce à la création, en décembre 2021, d'un outil interactif : « Vaccination anti-Covid en 1 clic ».

**Matériels et méthodes:** L'ensemble des textes et recommandations en vigueur sur la vaccination anti-Covid ont été colligés et analysés. Une veille réglementaire est assurée. Toutes les configurations possibles de schémas vaccinaux ont été identifiées intégrant les antécédents Covid et les questions essentielles à poser au patient ont été déterminées (quel vaccin déjà reçu ? combien de dose (s) ? antécédent d'infection ? âge du patient ?). L'outil a été conçu sur Powerpoint®. Chaque question, associée à des propositions de réponses, est rédigée sur une diapositive et des liens hypertextes entre les diapositives ont été successivement créés. Chaque clic sur la réponse choisie mène vers une autre diapositive et crée un « chemin » spécifique vers la diapositive finale. Cette dernière apporte les recommandations personnalisées pour ce patient et résume son propre parcours vaccinal.

**Résultats:** « Vaccination anti-Covid en un clic », créé en décembre 2021, a d'abord concerné les patients de plus de 18 ans non immunodéprimés, puis, en janvier 2022, l'outil s'est élargi aux enfants et adolescents non immunodéprimés. Des mises à jour régulières du dispositif sont effectuées pour que l'outil soit au plus près des recommandations en vigueur. A ce jour l'outil compte, en ce mois de février, plus de 150 diapositives. L'utilisateur ne visualise, en revanche, que 5 diapositives de question en moyenne (hors page d'accueil) pour obtenir la recommandation finale personnalisée. Téléchargeable gratuitement sur notre site internet, il est facile d'utilisation et présente l'exhaustivité des schémas vaccinaux possibles. Cet outil est utilisé à la fois dans des centres de vaccination, des établissements médico-sociaux, et en libéral (exemple : médecin généraliste ou pharmacien). De nombreux retours positifs nous ont été transmis. L'enchaînement de questions/réponses permet une utilisation pendant l'entretien médical et fluidifie l'échange avec le patient.

**Conclusion:** La vaccination se montre être une arme précieuse face à la pandémie Covid-19 : elle apporte une protection individuelle et permet de réduire fortement la circulation du virus. Toutefois,