



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.

## COVID-07

## Présentation clinique, survie et facteurs associés à la mortalité: une étude prospective dans trois centres COVID-19 en Afrique de l'Ouest

M. Jaspard<sup>1</sup>, M. Saliou Sow<sup>2</sup>, S. Juchet<sup>1</sup>, E. Dienderé<sup>3</sup>, B. Serra<sup>1</sup>, R. Kojan<sup>1</sup>, A. Poda<sup>4</sup>, S. Keita<sup>5</sup>, X. Anglaret<sup>6</sup>, D. Malvy<sup>7</sup>

<sup>1</sup> ALIMA, Dakar, Sénégal

<sup>2</sup> Hôpital Donka, Conakry, Guinée

<sup>3</sup> CHU Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>4</sup> Université Nazi Boni, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

<sup>5</sup> Agence nationale de sécurité sanitaire, Conakry, Guinée

<sup>6</sup> Inserm U1219, Bordeaux, France

<sup>7</sup> CHU Bordeaux, Bordeaux, France

**Introduction** En Afrique, bien que le nombre total de décès dus à la COVID-19 semble plus faible quand dans les pays du nord, il existe peu de données sur la gravité de la maladie. Nous rapportons ici le tableau clinique et l'issue chez les malades infectés par le SARS-CoV-2 et suivis dans les centres de traitement COVID-19 (CTC) de deux pays d'Afrique de l'Ouest.

**Matériels et méthodes** Le Burkina Faso et la Guinée ont mis en place trois CTC de référence pour hospitaliser tous les malades infectés par le SARS-CoV-2, quelle que soit leur gravité. Nous présentons les données recueillies auprès de ces patients symptomatiques hospitalisés dans ces trois CTC, entre mars et novembre 2020. Les données ont été collectées à l'aide du formulaire de déclaration des cas de COVID-19 de l'OMS. Une régression logistique a été réalisée pour analyser l'association entre l'évolution défavorable et les caractéristiques cliniques à l'admission.

**Résultats** Au total, 1805 patients (1151 [64 %] hommes, âge médian 41 ans, 22 % [388] ≥ 60) ont été admis avec un COVID-19 confirmé. La durée médiane entre le début des symptômes et l'admission en CTC était de 7 jours (IQR : 4–11). Les symptômes principaux à l'admission étaient l'asthénie (748, 41 %) et la toux (833, 46 %) et près de la moitié des patients (867, 48 %) présentaient une forme légère de la maladie. Au cours de l'hospitalisation, 443 (25 %) patients ont présenté au moins une fois une SpO<sub>2</sub> < 94 %, 237 (13 %) ont reçu une oxygénothérapie et 266 (15 %) ont été traités par des corticostéroïdes. La quasi-totalité (1697, 95 %) des patients a reçu un traitement dit spécifique (hydroxychloroquine ± azithromycine ± lopinavir/ritonavir). La mortalité globale était de 5 %, elle était de 1 %, 5 % et 14 % chez les patients de < 40, 40–59 et ≥ 60 ans. Trente et un pour cent des patients atteignaient un critère de composite d'évolution défavorable comportant le décès ou la désaturation (< 94 %) ou la mise sous oxygène. En analyse multivariée, le risque de décès était plus élevé chez les hommes (aOR : 2, IC95 % : 1,1–3,6), les personnes âgées ≥ 60 ans (aOR : 2,9, IC95 % : 1,7–4,8) et celles souffrant d'hypertension artérielle chronique (aOR : 2,1, IC95 % : 1,2–3,4). Le risque d'évolution défavorable était plus élevé chez les hommes (aOR : 1,6, IC95 % : 1,3–2,1), les personnes âgées ≥ 60 ans (aOR : 3,1, IC95 % : 2,4–4), celles souffrant d'hypertension artérielle chronique (aOR : 1,7, IC95 % : 1,3–2,2) ou de diabète (aOR : 2,3, IC95 % : 1,6–3,1).

**Conclusion** La maladie à COVID-19 est aussi grave en Afrique qu'ailleurs et les facteurs de risque de décès sont identiques que dans les pays du nord.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.125>



## COVID-08

## SYNDICORO. Implication des SMIT français dans la 1<sup>re</sup> phase de l'épidémie de COVID-19

C. Casas<sup>1</sup>, S. Alfordari<sup>2</sup>, P. Abgueguen<sup>3</sup>, D. Salmon<sup>3</sup>, B. Wyplosz<sup>3</sup>, H. Aumaître<sup>4</sup>

<sup>1</sup> CH Perpignan, Perpignan, France

<sup>2</sup> SPLIF, Paris, France

<sup>3</sup> SNMInf, Paris, France

<sup>4</sup> CH Perpignan, SNMInf, Perpignan, France

**Introduction** L'épidémie de COVID-19 a impacté le fonctionnement des équipes de maladies infectieuses françaises (SMIT). Impliqués dans la gestion des malades et l'organisation hospitalière et territoriale, les SMIT ont été variablement associés aux décisions.

**Matériels et méthodes** Afin d'évaluer l'impact de la pandémie sur les SMIT, une enquête portée par le syndicat a été réalisée entre mai et septembre 2020. Un questionnaire était adressé à l'ensemble des responsables d'équipe ayant une activité d'infectiologie. Dans un 2<sup>e</sup> temps, l'enquête était en libre accès sur le site infectiologie.com.

**Résultats** Les données de 66 équipes privées (12 %) et publiques (86 %) dont 49 % de CH et 38 % de CHU ont été recueillies. Les infectiologues rapportent une forte collaboration avec l'administration hospitalière, les médecins libéraux et les cliniques privées (respectivement sur une échelle de 1 à 5, une collaboration > 3 dans 100 % des cas, 62 % et 59 %). A contrario, les ARS sont jugées peu réactives, les structures locales ont été peu associées (mairie 29 %) et le CDOM souvent non impliqué. Au niveau hospitalier, les principales collaborations se sont faites avec les pneumologues, internistes et réanimateurs ; seulement 12 % des équipes notent une implication forte des urgences. L'organisation de la prise en charge des patients est faite à l'échelle de l'hôpital (41 %) ou du GHT (37 %) plutôt que départementale (20 %). Le partenariat avec le privé est jugé important pour 68 %. En cellule de crise, l'infectiologue est leader pour 48 % avec des disparités régionales fortes dans ce rôle. Si l'accueil des patients a été assez partagé (1/3 dans les SMIT via le 15, 1/3 par les urgences et 1/3 par des services de tri dédiés), les modes d'hospitalisation étaient très variés (services dédiés COVID : 45 %, COVID en secteur chirurgical. . .). Les infectiologues ont participé à la gestion de la crise dans les EHPAD (64 %) et à l'organisation de la gestion en médecine libérale (50 %). Deux équipes sur 3 ont mis en place une astreinte téléphonique/physique dédiée, financée à 95 % et 55 % une garde sur place. L'impact sur les autres activités a été l'arrêt de l'activité de prévention pour 64 % des SMIT, un arrêt partiel des consultations à 74 %. Un essor de la téléconsultation est noté : 74 % des SMIT ont créé un dispositif à cette occasion, souvent (32 %) étendu à d'autres pathologies (VIH, IOA. . .). La majorité des équipes (85 %) a participé à des protocoles de recherche, surtout nationaux (42 %). Toutes les équipes rapportent une communication régulière dans la presse, régionale (29 %) ou nationale (26 %).

**Conclusion** La pandémie de COVID a été l'occasion pour de nombreux SMIT d'une visibilité de la spécialité en interne et au niveau du grand public. La gestion de crise à laquelle les infectiologues ont été associés a permis de nombreux partenariats et un exercice renouvelé (télé-expertise, ville/hôpital, actions hors les murs. . .). Si la gestion médicale est assez homogène malgré des voies discordantes, un effort sur une communication plus cohérente est nécessaire.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.126>

