



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.

Infectieuses devient une urgence afin de rattraper le retard et de parfaire rapidement leur formation.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.107>

COVID-09

Défavorisation sociale et facteurs associés au dépistage du SARS-CoV-2 à l'échelle locale dans une région du Sud de la France entre Juillet 2020 et Janvier 2022

J. Landier¹, L. Bassez¹, P. Chaud², F. Franke², S. Nauleau³, M. Bendiane¹, F. Danjou³, P. Malfait², S. Rebaudet¹, J. Gaudart¹

¹ IRD, INSERM, Aix Marseille Univ, UMR SESSTIM, ISSPAM, Marseille, France

² Santé Publique France, Marseille, France

³ Agence Régionale pour la Santé Provence Alpes Côtes d'Azur, Marseille, France

Introduction: Les inégalités sociales sont fortement associées aux inégalités de santé, que ce soit pour les maladies chroniques ou infectieuses. Le SARS-CoV-2 ne fait pas exception, l'étude nationale EpiCov ayant montré dès juin 2020 un risque de COVID-19 croissant avec la défavorisation sociale.

Le dépistage demeure un des piliers du contrôle de cette pandémie, tant à l'échelle individuelle pour l'isolement des cas et de leurs contacts à risque, que populationnelle pour identifier et cibler certaines mesures d'accompagnement. L'accès au dépistage ne saurait être considéré comme uniforme, tant l'accès au soin apparaît déficitaire dans certains territoires (zones urbaines défavorisées, rurales). Par ailleurs, le manque de prise en compte des inégalités sociales dans les mesures de suivi des cas a été souligné.

Notre objectif était de prendre en compte le sous-diagnostic du SARS-CoV-2 lié à la défavorisation sociale afin d'améliorer le ciblage des actions de santé publique à l'échelle régionale.

Matériels et méthodes: Le nombre de tests (RT-PCR et antigéniques) et de cas de COVID-19 positifs enregistrés dans la base SI-DEP ont été agrégés à l'échelle spatiale des IRIS (subdivision géographique d'environ 2000 habitants) et temporelle selon des périodes correspondant aux grandes mesures de contrôle de l'épidémie (pré-, pendant, post-confinement, passe sanitaire...). Les taux de dépistage, d'incidence de COVID-19 et de positivité des tests ont été définis par IRIS et par période.

Nous avons caractérisé le profil socio-démographique de chaque IRIS à partir de données de population et d'accès au soin (source INSEE et DREES), et de l'European Deprivation Index (EDI), indicateur spécifique de défavorisation sociale.

Enfin, nous avons analysé le ratio de taux de dépistage (RTD) selon le profil socio-démographique après ajustement sur l'accès au soin, au moyen d'un modèle additif généralisé hiérarchique prenant en compte l'autocorrélation spatiale entre les IRIS voisins.

Résultats: Nous avons distingué 10 périodes entre Juillet 2020 et Janvier 2022, et identifié six profils d'IRIS : un profil rural, un rural/péri-urbain, et quatre profils urbains correspondant respectivement à des IRIS aisés, denses de centre-ville, défavorisées, et denses très défavorisées.

Le taux de dépistage des IRIS urbains très défavorisés était systématiquement inférieur au taux de dépistage des IRIS urbains/péri-urbains aisés (RTD entre 0.85 (IC95 %=0.80-0.91) et 0.64 (0.59-0.69)). Les pics d'incidence de COVID-19 ont été atteints plus tardivement dans les IRIS très défavorisées que dans les IRIS aisés lors de périodes de confinement (novembre 2020) ou de périodes de vaccination massive (juillet 2021).

Conclusion: Cette étude a permis d'identifier une liste limitée d'IRIS caractérisés par un sous-dépistage et un retard d'efficacité des

mesures sanitaires de freinage de la COVID-19. Ils ont ainsi pu être priorités dans les interventions mises en place par les acteurs régionaux et locaux de la réponse à la pandémie.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.108>

COVID-10

Impact de santé publique de la COVID-19 chez les patients français traités en ambulatoire, présentant au moins un facteur de risque de forme sévère

A. Millier¹, R. Supiot¹, N. Jovanoski², K. Benyounes³, V. Machuron⁴, K. Le Lay³, M. Sivignon¹, C. Leboucher⁵, C. Blein⁵, F. Raffi⁶

¹ Creativ-Ceutical - HEOR/HTA, Paris, France

² Roche Pharma SA - Global HTA évidence, Bâle, Suisse

³ Roche SA France - HEOR, Paris, France

⁴ Roche SA France - RWE, Paris, France

⁵ Creativ-Ceutical - HEOR/RWE, Paris, France

⁶ CHU de Nantes - Service de Maladies Infectieuses et Tropicales / CIC UIC 1413 INSERM, Nantes, France

Introduction: La situation sanitaire causée par la COVID-19 est très dynamique, tant au niveau mondial qu'en France, avec à la fois l'arrivée de nouveaux variants et donc des changements de positionnement des traitements, mais une protection accrue contre les formes sévères par les vaccins. Dans ce contexte, il apparaît utile, voire nécessaire d'estimer le poids du fardeau sanitaire et économique de la COVID-19, pour soutenir les choix futurs des allocations de ressources et pour permettre la comparaison avec d'autres maladies. L'objectif de cette étude est d'apporter des premiers éléments de réponse, en présentant les résultats d'un modèle de simulation, simple mais flexible, permettant d'évaluer l'impact de santé publique de la COVID-19 chez les patients français traités en ambulatoire, présentant au moins un facteur de risque de forme sévère.

Matériels et méthodes: La population d'intérêt est représentée par la population de la cohorte d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de Ronapreve (moyenne de 63 ans). La première partie de ce modèle de simulation permet de refléter la phase aigüe de la COVID-19 (un mois), avec un arbre de décision. Les patients sont pris en charge soit en ambulatoire soit à l'hôpital, selon des probabilités dérivées de la même cohorte d'ATU. A l'issue de cette phase, les patients peuvent être « en vie sans forme longue », « en vie avec une forme longue traitée en ambulatoire », « en vie avec une forme longue ou prolongée traitée à l'hôpital », ou « décédé ». La seconde partie permet de simuler le devenir des patients sur 2 ans, à l'aide d'une chaîne de Markov. Dans chaque partie du modèle, les caractéristiques des séjours hospitaliers, que ce soit leur durée, la mortalité ou le coût associé, ont été documentées par une analyse de la base de données du PMSI. Plusieurs analyses de scénarios ont été réalisées.

Résultats: Sur 1 000 patients sont observées 382 hospitalisations, dont 258 au cours du premier mois, 407 formes longues ou prolongées de la COVID-19 et 37 décès. De façon générale, le modèle permet d'estimer le fardeau de la COVID-19 à 0,7 jours de vie perdu le premier mois, avec un coût associé de 1 578 €, et à 27 jours de vie perdus sur l'ensemble de l'horizon temporel, avec un coût associé de 4 280 €. La charge sanitaire et financière la plus élevée est observée pour les patients âgés de plus de 80 ans et pour les patients non vaccinés. Les scénarios menés avec un variant moins sévère, ou avec l'arrivée de nouveaux traitements efficaces permettent de documenter la réduction non négligeable du poids de ce fardeau.

Conclusion: Cette étude permet de quantifier le fardeau considérable lié à la COVID-19 en France chez les patients infectés et traités en ambulatoire, présentant au moins un facteur de risque de forme

severe. Il semble indispensable de mettre en place des stratégies capables de réduire ce fardeau, en particulier chez les patients les plus vulnérables.

Liens d'intérêts déclarés: Roche SA France

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.109>

COVID-11

Coûts des hospitalisations et des soins de suite et de réadaptation liés au COVID-19 en France en 2020

S. Gallien¹, C. Guilmet², A. Hurtes², H. Omichessan², F. Messaoudi², C. Abou chakra², A. Panes³, R. Jolivel³, G. Poinso-Chaize³, H. Denis¹

¹ Hôpital Universitaire Henri Mondor, Créteil, France

² Janssen-cilag, Issy-les-moulineaux, France

³ HEVA, Lyon, France

Introduction: A l'origine d'une pandémie depuis 2020, la maladie liée au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) représente une surcharge importante pour les systèmes de santé. La surveillance nationale a dénombré un total de 261 123 cas d'infection ayant nécessité une hospitalisation en 2020 et 64 078 décès. Cette étude a pour objectif d'estimer la charge économique des hospitalisations, des soins de suite et de réadaptation (SSR) et des hospitalisations à domicile (HAD) liée au COVID-19 en France en 2020.

Matériels et méthodes: Une cohorte rétrospective incluant tous les patients hospitalisés avec un code diagnostic (CIM-10 ; principal, secondaire ou associé) relatif au COVID-19 entre le 1er janvier et le 31 décembre 2020 a été conduite à partir des données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information : MCO, SSR et HAD). Les patients ont été divisés en 3 groupes selon les définitions de Santé Publique France : cas confirmés (virus identifié et symptômes typiques : code U07.10 ou U07.14), probables (symptômes cliniques U07.11) et possibles (autres symptômes U07.15). L'évaluation et la valorisation des coûts directs ont été effectuées selon la tarification à l'activité et les suppléments applicables de l'assurance maladie.

Résultats: Les données du PMSI ont permis d'identifier 271 728 séjours pour 210 635 patients hospitalisés avec un lien avec le COVID-19 dont 185 111 cas confirmés, 23 416 probables et 2 108 possibles. Les résultats suivants correspondent aux cas confirmés. La majorité des patients (85 %, N = 157 758) ont été pris en charge initialement par un séjour en MCO, 10 % (N = 18 375) en SSR et 5 % (N = 8 978) en HAD. La durée moyenne de séjour était de 17,8 ± 22 jours au total, 12,7 ± 13 jours en MCO, 26,4 ± 26 jours en SSR et 15,5 ± 19 jours en HAD. Parmi les séjours, 23 % ont impliqués les soins critiques (réanimation, unité de soins intensifs et/ou surveillance continue). La moitié des cas était des hommes, dont 56 % hospitalisés en MCO (N = 88 310), 39 % en SSR (N = 7 189) et 31 % en HAD (N = 2801). Au moins une comorbidité était enregistrée chez 79 % des patients (N = 146 457) : hypertension (54 %), diabète (27 %), troubles cardiovasculaires (24 %), insuffisance cardiaque (19 %), obésité (22 %), insuffisance rénale (16 %) et cancer (18 %).

Le coût total des hospitalisations et des SSR liés aux cas confirmés de COVID-19 est estimé à 1,672 milliards € représentant une moyenne de 7 044 €/séjour. Pour les passages en soins critiques, on estime à 339 millions € pour le passage en réanimation, 21,5 millions € en soins intensifs et 28,3 millions € en surveillance continue (respectivement 12 761 €, 2 356 € et 2 248 € en moyenne par séjour). Enfin, 11,5 millions € étaient attribuables à des traitements et/ou dispositifs inscrits sur la liste en sus.

Conclusion: Ces données quantifient le coût de la prise en charge hospitalière du COVID-19 en France en 2020, notamment à travers la durée de séjour et le recours aux soins intensifs pour un quart des

patients. Cette surcharge économique devrait être réduite avec la mise en place de la couverture vaccinale en 2021.

Liens d'intérêts déclarés: Pr Sébastien Gallien : membre du comité scientifique de cette étude, qui est financée par Janssen-cilag France

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.110>

COVID-12

Comportements de prévention et recours aux soins des personnes en centre d'hébergement social durant la première vague de COVID-19 en France

C. Longchamps¹, S. Ducarroz¹, M. Melchior¹, N. Vignier²

¹ IPLESP, Paris, France

² Inserm CIC 1424, Cayenne, Guyane

Introduction: La première vague de la pandémie COVID-19 a surpris par sa rapidité et son ampleur et a conduit au confinement de la population à compter du 17/03/2020. Nous savons maintenant que cette épidémie a creusé les inégalités sociales de santé et limité l'accès aux soins des plus vulnérables. Une des mesures prises par les autorités sanitaires a été d'ouvrir des centres d'hébergement pour les personnes sans abris Covid-19 positives. L'objectif de ce travail était de décrire l'application des mesures barrières et d'objectiver les renoncements aux soins chez les personnes hébergées durant la première vague.

Matériels et méthodes: L'étude épidémiologique transversale ECHO a été mise en place du 2/05/2020 au 10/06/2020 au sein de 18 centres d'hébergements d'Ile de France et de Lyon et a inclus des personnes hébergées majeures consentantes à qui un questionnaire était administré en français ou dans la langue du participant à l'aide d'Interservice migrants par téléphone.

Résultats: Au total, parmi les 929 personnes éligibles, 666 personnes se sont vues proposées l'enquête et 535 ont participé. Les participants étaient le plus souvent des hommes (75,3 %), jeunes (âge médian 31 ans), célibataires (86 %) et sans enfants (79 %), nés à l'étranger (89 %) dont 59 % en Afrique et 74 % sans titre de séjour, avec une faible maîtrise du français (54 %) et un niveau scolaire inférieur au égal au secondaire (84 %), sans emploi 73 % et 33 % sans couverture maladie.

Au total 33 % ignorait que le coronavirus pouvait être transmis par des personnes asymptomatiques, 66 % avaient peur d'attraper le covid, et 22 % déclaraient manquer d'informations officielles ou de confiance dans celles-ci.

Les gestes barrières étaient bien connus, mais seuls 68 % savaient qu'il était préférable d'éviter les transports en commun et/ou de sortir. La moindre connaissance des gestes barrières était associée à l'utilisation des réseaux sociaux et à un âge de moins de 24 ans.

L'intention vaccinale contre le Covid-19 était de 59 %, meilleure chez les femmes et plus faible en cas de meilleure littératie en santé.

Un besoin de soins non lié au Covid-19 a été rapporté par 33 % des participants, plus souvent en cas de maladie chronique ou de syndrome dépressif. Un renoncement aux soins a été rapporté par 19 % des participants, plus souvent en cas de situation administrative irrégulière ou d'antécédent de renoncement aux soins.

Conclusion: Les personnes en hébergement social adhéraient globalement aux gestes barrières mais étaient nombreuses à avoir renoncé aux soins pendant la première vague. Les facteurs expliquant les comportements de santé étaient multifactoriels, liés à la fois à la connaissance et à la perception de l'épidémie, qu'à l'état de santé et à la situation administrative.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.111>