



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.

plus élevée (en moyenne 127 mg/L vs 80,3 mg/L,  $p < 0,001$ ), et une atteinte au scanner significativement plus étendue ( $p < 0,001$ ). Les facteurs de risque associés à une évolution défavorable étaient la présence d'un âge supérieur à 75 ans (OR : 2,9, IC95 % [1,5 ; 5,6]), d'une maladie cardiovasculaire (OR : 2,5, IC95 % [1,3 ; 5,2]), d'une dyspnée (OR : 3,1, IC95 % [1,5 ; 6,9]), ou d'une confusion (OR : 3,2, IC95 % [1,4 ; 7,1]).

**Conclusion** Dans cette cohorte décrivant les caractéristiques épidémiologiques de patient atteint du COVID-19, ceux ayant une évolution défavorable semblent avoir à l'entrée en hospitalisation, une présentation clinique plus sévère avec un NEWS2 plus élevé, un syndrome inflammatoire plus important et une atteinte scanographique plus étendue. Les facteurs pronostics retrouvés et le délai de survenue d'événements défavorables semblent coïncider avec ce qui est rapporté dans les autres cohortes.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.120>

## COVID-06

### COVID-19 ou non COVID-19 ? Comparaison des caractéristiques des patients hospitalisés pour une suspicion de COVID-19

I. Eberl, T. Rogier, T. Sixt, F. Moretto, M. Abdallahoui, A. Coussement, L. Behague, P. Chavanet, M. Blot, L. Piroth  
CHU de Dijon, Dijon, France



**Introduction** La propagation du Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) responsable de la Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) a provoqué une crise sanitaire majeure. Si les signes cliniques, biologiques et scanographiques du COVID-19 ont été largement rapportés, on manque d'informations sur les patients ayant une suspicion de COVID-19 qui s'est révélée négative. L'utilisation de techniques de diagnostic avec un résultat rapide permet une orientation de plus en plus précoce, mais leur non-disponibilité et/ou les potentiels faux négatifs rendent nécessaires une meilleure distinction des patients avec une suspicion de COVID-19 non confirmée (SCNC) de ceux atteints de COVID-19. L'objectif de cette étude est de décrire et de comparer ces deux populations. Ceci doit permettre d'optimiser l'orientation et la gestion des patients suspects de COVID-19 requérant une hospitalisation pour limiter le risque de perte de chances.

**Matériels et méthodes** Une partie des patients avec indication d'hospitalisation pour suspicion de COVID-19 a été incluse rétrospectivement, du 23 février au 28 avril 2020. Le statut de SCNC était retenu lorsque la RT-PCR COVID-19 était négative et que le diagnostic final retenu était autre. Les données cliniques, biologiques et scanographiques, ainsi que les diagnostics finaux ont été recueillis. Ces données ont été comparées à celles des patients COVID-19 hospitalisés sur la même période.

**Résultats** Parmi les 152 patients SCNC hospitalisés inclus, la moitié avait plus de 70 ans. Les comorbidités principales étaient l'hypertension artérielle ( $n = 63$  ; 41,5 %), les maladies pulmonaires chroniques ( $n = 32$  ; 21,1 %) et les cardiopathies ischémiques ( $n = 21$  ; 13,8 %). Parmi les diagnostics finaux, 65 avaient une maladie infectieuse (42,7 %) : 38 infections respiratoires (25 %), 12 bactériémies (7,9 %) et 7 infections urinaires (4,6 %). Treize avaient une décompensation cardiaque (8,6 %). Ils avaient eu en moyenne 1,3 (0,7) RT-PCR.

Comparés aux 222 patients COVID-19, les patients SCNC étaient plus souvent fumeurs ( $n = 28$  [27,2 %] vs  $n = 8$  [4,4 %],  $p < 0,001$ ). Ils présentaient cliniquement moins de fièvre ( $n = 78$  [51,3 %] vs  $n = 169$  [76,1 %],  $p < 0,001$ ), moins de toux ( $n = 76$  [50,7 %] vs  $n = 146$  [63,8 %],  $p < 0,003$ ) et moins de signes digestifs ( $n = 18$  [11,8 %] vs  $n = 66$  [29,7 %],  $p < 0,001$ ). Les taux de fibrinogène (g/L) et de CRP (mg/L) étaient significativement plus bas chez les SCNC avec des médianes respectives à 5,3 (4–6,5) vs 6,0 (5,3–6,8),  $p < 0,001$ , et

57,3 (13–126) vs 83,7 (37,7–127),  $p = 0,008$ . Leur taux médian de lymphocytes (G/L) était plus haut : 1,1 (0,7–1,7) vs 0,9 (0,6–1,4),  $p = 0,03$ .

**Conclusion** Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude observationnelle comparative des patients avec indication d'hospitalisation pour suspicion de COVID-19. L'absence de symptomatologie respiratoire, de fièvre et de signes digestifs doit faire rechercher un diagnostic différentiel. Les signes respiratoires « isolés » associés au tabagisme chronique pourraient expliquer la surreprésentation des fumeurs chez des sujets fragiles faisant redouter par excès une COVID-19, plus qu'un rôle protecteur intrinsèque. La perte de chance engendrée par la suspicion de COVID-19 doit être explorée plus largement.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.121>

## COVID-07

### Y a-t-il une différence de séroprévalence à l'infection à SARS-CoV-2 (COVID-19) chez le personnel hospitalier selon le risque d'exposition ?

M. Kheng, J. Grosjean, E. Forestier, J.M. Thouret, P. Kelkel, M.C. Lutz, M.C. Carret, A.S. Wasmer, F.O. Mallaval, A. Bosch  
Centre hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, France



**Introduction** Considérés comme à risque de contracter la COVID-19, tous les personnels hospitaliers ont été invités à porter un masque chirurgical systématiquement pendant l'épidémie. Des précautions renforcées ont été recommandées dans les services prenant en charge des cas confirmés. Nous rapportons les résultats de l'étude de séroprévalence réalisée dans des services cibles dès la levée du confinement.

**Matériels et méthodes** Le personnel des services ayant pris en charge les cas confirmés de COVID-19 (maladies infectieuses : 158 patients, 1347 journées d'hospitalisation [JDH] ; pneumologie : 66 patients, 493 JDH ; réanimation, 74 patients, 652 JDH), ainsi que d'oncologie (0 cas confirmé), du laboratoire et de services administratifs ayant consulté en médecine du travail entre le 18 et le 29/05/2020 pour évaluation du risque d'exposition au COVID-19, ont été inclus dans une cohorte rétrospective. Le taux de séropositivité, déterminé par ELISA, a été décrit selon le risque d'exposition (questionnaire standardisé), le service de rattachement, et le statut déclaratif vis-à-vis du COVID-19 : confirmé par RT-PCR, symptômes évocateurs et RT-PCR négative ou non réalisée, ou sujets asymptomatiques.

**Résultats** Le port du masque chirurgical pour tout le personnel a été effectif le 18/03/2020. Les précautions renforcées ont été appliquées, avec port du masque FFP2 systématique en réanimation et pneumologie devant les hauts débits d'oxygénothérapie utilisés. Seul le masque chirurgical a été préconisé en maladies infectieuses sauf pour les gestes à risque d'aérosolisation.

Quatre cent douze membres du personnel ont été dépistés (85 % des services sollicités). Seize étaient séropositifs pour le SARS-CoV-2, soit une prévalence de 3,9 % [IC95 % : 1,9–5,9].

La séroprévalence était de 12,5 % chez les personnels déclarant avoir été symptomatique ( $n = 104$ , 25,2 %), alors que seuls 3 (1 %) des 308 (74,8 %) asymptomatiques étaient séropositifs ( $p < 10^{-3}$ ). Les 9 cas confirmés par RT-PCR avaient une sérologie positive. Parmi les 26 RT-PCR négatives, 2 avaient une sérologie positive (7,7 %).

La séroprévalence était plus élevée en maladies infectieuses ( $n = 10/63$ , 15,9 %, OR ajusté sur l'âge de 9,7 [3,4–28,2],  $p < 10^{-3}$ ) qu'en pneumologie ( $n = 0/31$ , 0 %), réanimation ( $n = 2/110$ , 1,8 %), oncologie ( $n = 2/50$ , 4,0 %), laboratoire ( $n = 2/116$ , 1,7 %) et administration ( $n = 0/42$ , 0 %). Seuls les personnels directement en contact avec les patients (IDE, médecins, AS) ou de laboratoire étaient séropositifs, sans différence significative selon ces