



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.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



23ES JOURNÉES NATIONALES D'INFECTIOLOGIE

## Communications orales libres

COL01-01

### Transmission du SARS-CoV-2 lors d'une soirée en club fermée entre personnes vaccinées (ITOC-ANRS 0066S) : résultats préliminaires

J. Goupil de Bouillé<sup>1</sup>, L. Luong<sup>2</sup>, P. Crepey<sup>3</sup>, A. Dumas<sup>4</sup>, J. Zerah<sup>5</sup>, C. Delaugerre<sup>6</sup>, M. Noret<sup>7</sup>, J. Zeggagh<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny, France

<sup>2</sup> CIC Cochin Pasteur, AP-HP, Paris, France

<sup>3</sup> Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES – UMR 6051, Rennes, France

<sup>4</sup> ANRS, Agence Nationale Recherche Sida, 101 rue de Tolbiac, Paris, France

<sup>5</sup> Laboratoire Cerballiance, Cerbahealthcare, Paris, France

<sup>6</sup> Service de Virologie, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Inserm U944, Université de Paris, Paris, France

<sup>7</sup> Renarci, Centre hospitalier, Annecy, France

<sup>8</sup> Département de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Saint-Louis-Lariboisière, AP-HP, Paris, France

**Introduction:** La pandémie de SARS-CoV-2 a conduit à la fermeture des lieux de clubbing pour réduire la transmission du virus. Les vaccins protègent en partie de l'infection et réduisent ainsi sa transmission. L'étude "Indoor Transmission of COVID-19" (ITOC) a pour objectif de déterminer, parmi une population entièrement vaccinée, le risque de transmission du SARS-CoV-2 et d'autres pathogènes respiratoires lors d'un événement de clubbing en salle fermée dans une population vaccinée. Nous présentons ici les premiers résultats sur la transmission du SARS-CoV-2.

**Matériels et méthodes:** ITOC est une étude mono-centrique en cluster, randomisée en 2 :1 et contrôlée. L'intervention était un événement clubbing indoor de 8 heures sans port de masque, sans distanciation sociale, à jauge pleine, en octobre 2021 à Paris. Les participants étaient âgés de 18 à 49 ans avec un schéma vaccinal complet (sans le boost). Ils devaient fournir un échantillon salivaire le jour de l'expérimentation et sept jours plus tard, pour la recherche par PCR du SARS-CoV-2 et de 24 autres pathogènes respiratoires (dont VRS et autres Coronavirus). Ils ont également rempli des questionnaires en ligne à l'inclusion, un jour après l'événement et de 3 à 7 jours après pour y renseigner leurs symptômes et comportements au cours de la soirée.

**Résultats:** Parmi les 1216 participants randomisés, 755 ont suivi tout le protocole, 484 dans le groupe intervention et 271 dans le groupe contrôle. Les deux groupes étaient comparables sur le plan

des caractéristiques socio démographiques, 53% des participants étaient des hommes, l'âge médian était de 29 ans, 22,7% était étudiant, 43,7% sortaient une à 2 fois par mois en discothèque. A J0, un participant dans chaque groupe a été testé positif au SARS-CoV-2 (Ct= 28 et 30 pour le groupe intervention et contrôle respectivement), et à J7, un seul participant dans le groupe contrôle a été testé positif. Les analyses concernant les questionnaires et les virus respiratoires sont en cours d'analyse.

**Conclusion:** La participation à une soirée en discothèque en milieu clos à pleine jauge avec une ventilation efficace (sans masque et sans distanciation physique) entre personnes vaccinées n'a pas été associée à l'apparition d'un cluster de SARS-CoV-2 à partir d'une personne contagieuse participante à la soirée. Le taux d'incidence et le nombre insuffisant de participants ne permet pas de calculer à un risque relatif de transmission du SARS-CoV-2.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.027>

COL01-02

### Description des clusters de Covid-19 nosocomiaux chez des patients, France 2020-2022

N. Benhajkassen<sup>1</sup>, S. Soing-Altrach<sup>1</sup>, A. Léon<sup>1</sup>, Y. Savitch<sup>1</sup>, I. Poujol<sup>1</sup>, A. Berger-Carbonne<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Santé Publique France, Saint-Maurice, France

**Introduction:** Le signalement externe des Infections Associées aux Soins (IAS)/Nosocomiales, mis en place par décret en 2001, est un dispositif de détection des situations à risque infectieux graves ou récurrentes imposant la mise en place rapide de mesures de contrôle. En 2012, le signalement a été dématérialisé via l'application e-SIN. Dès mars 2020, le pathogène SARS-CoV-2 a été ajouté au thesaurus. Le caractère nosocomial est classé, par déclarants en ES, en fonction du délai de survenue après l'admission, selon les définitions de l'ECDC. Un cas groupé répond à la définition de plus de 2 cas liés et inclut des patients et/ou des professionnels.

**Matériels et méthodes:** A partir des variables documentées dans le formulaire e-SIN, un tableur Excel a permis d'organiser les données spécifiques de ces épisodes de cas groupés (CG) de Covid-19 nosocomiaux. L'analyse statistique a ensuite été effectuée avec le logiciel R 4.1.1. Les signalements ne concernant que des professionnels soignants ont été exclus.

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.027>

**Résultats:** Entre mars 2020 et le 4 février 2022, 5 990 signalements externes de cas de Covid-19 nosocomiaux impliquant 52 321 patients (avec ou sans soignants) ont été enregistrés. Les régions signalant le plus fréquemment étaient : Auvergne-Rhône-Alpes (12,9%), PACA (12,6%), IDF (11,9%) et Hauts-de-France (11,9%). Plus de 4 signalements sur 5 (86,8%), soit 5 201 décrivaient des CG.

Parmi ces signalements, 295 (5%) rapportaient au moins un décès lié à une Covid-19 nosocomiale (359 décès liés au total). Le caractère nosocomial est jugé certain pour 147 (49,8%) signalements (181 décès liés au total). Une origine du foyer nosocomial était décrite dans 3 902 épisodes (65,1%). Il s'agit le plus fréquemment, parmi les signalements, d'un patient (67,3%), d'un professionnel (19%), d'un visiteur/ famille (10,7%). Une hypothèse à l'origine de la transmission nosocomiale a été avancée dans 4 208 de ces signalements (70,3%). Parmi celles les plus fréquemment citées dans les signalements figurent la non identification du premier cas à l'admission (37,2%), les contacts avec visiteurs/famille (17,2%) et le partage d'une chambre double (11,2%).

**Conclusion:** Le dispositif e-SIN est un dispositif d'alerte et non de suivi épidémiologique. En place depuis 10 ans, les professionnels de santé ont su se l'approprier pour assurer le suivi des clusters de Covid-19 nosocomiaux. La répartition régionale des épisodes signalés ne reflète pas la dynamique de la circulation virale mais les disparités relatives aux pratiques de signalement des établissements.

La contamination des patients en ES est une réalité même si la définition du caractère « nosocomial » est parfois difficile, notamment en période de circulation intense du virus. Une publication anglaise, en 2021, a estimé que 11,3% des patients Covid-19 de 314 hôpitaux du RU avaient été infectés après leur admission. L'identification plus rapide des cas, lors de leur admission dans l'établissement, reste un des points à améliorer.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.028>

#### COL01-03

### Rôles respectifs de la précarité sociale, de la littératie et des caractéristiques cliniques pour la COVID-19 chez des patients hospitalisés : une étude cas-témoin.

L. Dahmane<sup>1</sup>, C. Julia<sup>2</sup>, D. Trawale<sup>3</sup>, N. Vignier<sup>4</sup>, L. Sesé<sup>5</sup>, O. Bouchaud<sup>5</sup>, J. Goupil de Bouille<sup>5</sup>

<sup>1</sup> CHU Raymond Poincaré, Garches, France

<sup>2</sup> CRESS, Bobigny, France

<sup>3</sup> INED, Aubervilliers, France

<sup>4</sup> CH de Cayenne, Cayenne, France

<sup>5</sup> CHU Avicenne, Bobigny, France

**Introduction:** La pandémie liée au SARS-CoV2 a fait près de 6 millions de décès dans le monde et plus de 130000 décès en France au 16 février 2022. Si des facteurs de risques cliniques ont été identifiés comme l'âge, le diabète ou encore le surpoids, le rôle des facteurs socio-économiques reste moins clair. La surmortalité en Seine-Saint-Denis, département intégrant une population jeune mais particulièrement précaire, était de +124% contre +69% dans Paris intra-muros durant la première vague. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la relation entre précarité sociale et maladie à COVID-19.

**Matériels et méthodes:** Dans cette étude monocentrique de type cas-témoin, les patients hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 octobre 2020 pour COVID-19 avec RT-PCR SARS-CoV2 positive et/ou scanner pulmonaire évocateur (cas) ont été comparés à des témoins hospitalisés pour un autre motif et présentant une RT-PCR SARS-CoV2 négative. Des données socio-démographiques, intégrant le score de précarité EPICES dont le seuil est fixé à 30,17, les caractéristiques cliniques et le niveau de littératie en santé ont été recueillis pour les patients. Chaque cas a été apparié à 2 témoins sur l'âge et le sexe selon une

méthode de frequency matching. Les facteurs associés à une infection à SARS-CoV2 ont été obtenus à l'aide d'un modèle de régression logistique en analyse uni et multivariée.

**Résultats:** Les analyses ont été réalisées sur 249 patients : 69 cas et 180 témoins. La population d'étude était principalement masculine (N = 148 : 59,4%) et âgée de 65 ans et plus (N = 109 : 44,1%). Le score EPICES médian était de 43,2 (IQR 29,4 – 62,9). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes sur la proportion de sujets précaires selon le score EPICES en analyse univariée (44 cas et 138 témoins : 67,7% vs. 77,1%, p = 0,19). Comme attendu, l'âge avancé et un IMC élevé étaient des facteurs associés à l'infection à SARS-CoV2 en analyse multivariée. Un score EPICES > 30,17 n'était pas un facteur de risque d'infection (ORa = 0,46 ; IC 95% [0,21 ; 1,01]). Le fait d'être actif sur le plan professionnel (ORa = 5,53 ; IC 95% [1,84 ; 18,38]), de vivre dans un logement inférieur à 25 m<sup>2</sup> par personne (ORa = 2,77 ; IC 95% [1,35 ; 5,87]) et de présenter un faible niveau de littératie en santé (ORa = 2,61 ; IC 95% [1,22 ; 5,68]) étaient quant à eux significativement associés à la maladie.

**Conclusion:** Aux côtés des facteurs de risque connus d'infection à SARS-CoV2, cette étude met en évidence des probables facteurs de risque d'exposition spécifique de la population de Seine-Saint-Denis : maintien de son activité professionnelle, promiscuité dans le logement et une faible littératie en santé. Le caractère peu discriminant du score EPICES est à interpréter avec prudence dans cette étude étant donné le haut niveau de précarité observé également parmi les cas. Il est possible que ce score ne capture pas les spécificités des facteurs de précarité associés à la maladie.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.029>

#### COL01-04

### Impact de COVID 19 sur le statut fonctionnel des populations françaises les plus âgées : Étude multicentrique COVID-OLD.

G. Gavazzi<sup>1</sup>, C. Roubaud-Baudron<sup>2</sup>, J.P Lanoix<sup>3</sup>, N. Baclet<sup>4</sup>, C. Arlaud<sup>5</sup>, T. fraisse<sup>6</sup>, M. Paccalin<sup>7</sup>, P. Caraux-Paz<sup>8</sup>, A. Putot<sup>9</sup>, E. Forestier<sup>10</sup>

<sup>1</sup> CHU Grenoble-Alpes, Grenoble, France

<sup>2</sup> CHU Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>3</sup> CHU Amiens, Amiens, France

<sup>4</sup> CHU Lille, Lille, France

<sup>5</sup> CHU Grenoble-Alpes, Grenoble, France

<sup>6</sup> CH Ales, Ales, France

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

<sup>8</sup> CH Villeneuve Saint Georges, Villeneuve Saint Georges, France

<sup>9</sup> CHU la Réunion, La Réunion, France

<sup>10</sup> CH Chambéry, Chambéry, France

**Introduction:** L'infection à COVID 19 est une maladie infectieuse sévère dans les populations âgées, induisant des taux de mortalité élevés. Cependant peu d'études ont exploré l'impact de COVID 19 chez les survivants. Les maladies aiguës provoquent généralement un déclin fonctionnel de 20 à 50% dans ces populations. L'objectif de notre étude était de mesurer le taux de patients présentant un déclin fonctionnel à 3 mois après la COVID et d'en déterminer les facteurs associés.

**Matériels et méthodes:** 60 centres français ont participé à cette étude prospective observationnelle incluant des patients âgés de 70 ans et plus, hospitalisés pour une COVID 19 entre le 04/10/2020 et le 10/12/20 dans des services de maladies infectieuses ou de gériatrie. Le déclin fonctionnel était défini par une perte d'au moins 0,5 sur le score d'activité de la vie quotidienne (ADL = capacité à transférer, manger, aller au toilette, se laver, s'habiller seul et être continent coté /6) ou/et une perte d'au moins 1 sur le score d'activité instrumentale de la vie quotidienne (IADL, cotés sur /8).