



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.

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. Dahmane¹, C. Julia², D. Trawale³, N. Vignier⁴, L. Sesé⁵, O. Bouchaud⁵, J. Goupil de Bouille⁵

¹ CHU Raymond Poincaré, Garches, France

² CRESS, Bobigny, France

³ INED, Aubervilliers, France

⁴ CH de Cayenne, Cayenne, France

⁵ 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^{er} 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 m² 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. Gavazzi¹, C. Roubaud-Baudron², J.P Lanoix³, N. Baclet⁴, C. Arlaud⁵, T. fraisse⁶, M. Paccalin⁷, P. Caraux-Paz⁸, A. Putot⁹, E. Forestier¹⁰

¹ CHU Grenoble-Alpes, Grenoble, France

² CHU Bordeaux, Bordeaux, France

³ CHU Amiens, Amiens, France

⁴ CHU Lille, Lille, France

⁵ CHU Grenoble-Alpes, Grenoble, France

⁶ CH Ales, Ales, France

⁷ CHU Poitiers, Poitiers, France

⁸ CH Villeneuve Saint Georges, Villeneuve Saint Georges, France

⁹ CHU la Réunion, La Réunion, France

¹⁰ 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).

Les données sociodémographiques, la sévérité du COVID 19, la présentation clinique, les traitements spécifiques et non spécifiques ont été recueillis. Des analyses univariées et multivariées (sans score de propension) ont été réalisées. Les différences entre les 2 vagues ont été déterminées.

Résultats: Sur les 1083 patients inclus 662 ont eu un suivi avec données complétées. L'âge moyen était de 84 ans. 56% présentaient un déclin fonctionnel à 3 mois, 40% sur les ADLs et 38% pour les IADLs. La perte moyenne était de 1,1 point pour les ADLs et de 1,6 point pour les IADLs. Tous les items des ADL étaient également affectés. La perte fonctionnelle était équivalente durant les 2 vagues.

En analyse univariée (n= 545), la perte d'ADL aiguë avant l'hospitalisation, la confusion, la durée du séjour, la chute, l'immobilisation sont des marqueurs prédictifs du déclin fonctionnel à 3 mois. En analyse multivariée (n=415), seuls La perte d'ADL avant l'hospitalisation et la présence d'une confusion au diagnostic sont prédicteurs de la perte fonctionnelle indépendamment des autres variables (gravité immédiate de la COVID, durée d'hospitalisation, de l'âge, sexe, syndrome d'immobilisation, chute, réhospitalisation dans les 3 Mois).

Conclusion: La majorité de la population survivante à une COVID 19 présente un déclin fonctionnel à 3 mois. La gravité de la perte fonctionnelle avant l'hospitalisation et la confusion au moment du diagnostic sont les 2 prédicteurs indépendants de la gravité immédiate de la COVID et de la durée d'hospitalisation. On ne sait pas ce qui est lié à la comorbidité, à l'absence de réadaptation ou à une longue infection Covid. L'impact de la COVID 19 sur la qualité de vie et les conséquences économiques de cet impact devraient être mesurés.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.030>

COL01-05

Imagerie TEP au 18FDG et Covid-Long : retour d'expérience en pratique clinique

A. Menard, M. Chine, L. Meddeb, S. Camilleri, E. Guedj
APHM, Marseille, France

Introduction: L'hypothèse d'une atteinte cérébrale associée au COVID long neurologique a été posée dès le mois de mai 2020, sur la base des premières descriptions de cas d'anosmie après infection à la COVID-19 et de travaux précédents sur les autres SARS montrant un possible passage du virus de la sphère ORL vers le cerveau, avec une progression trans-synaptique ultérieure vers les régions cérébrales connectées aux bulbes olfactifs, et en particulier les régions limbiques, le tronc cérébral et le cervelet. Ce profil d'atteinte spécifique a été authentifié chez des patients présentant un COVID long neurologique en évaluant l'hypométabolisme de ces régions en imagerie TEP au 18FDG par plusieurs équipes dans le monde

Matériels et méthodes: Depuis mai 2020 dans notre centre un suivi standardisé (tous les 3 mois) et pluri disciplinaire est proposé aux patients ayant fait une forme sévère (post hospitalisation) ou ambulatoire mais avec symptômes persistants. Ils sont inclus dans une 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 par TEP selon l'évolution. Nous analysons ici les données des TEP dans notre cohorte à 18 mois.

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 aiguë 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-). 81% des patients CL+ ont bénéficié d'une évaluation par TEP entre 6 et 12 mois post COVID et 70% des TEP cérébraux étaient anormaux (hypo métabolisme compatible avec un profil de COVID-long) contre 14% des TEP corps (hyper métabolisme médullaire, articulaire, splénique). Les patients améliorés avant 3 mois durant le suivi (CL-,n=68) ont bénéficié pour 14 d'entre eux (20%) d'un TEP cerebral qui était anormal dans 7 % des cas. L'analyse multi variée retrouve un lien statistique (<0,05) avec un profil clinique particulier du CL+ sexe féminin, un âge <65 ans une fatigue sévère (Pichot >20) une dyspnée (Borg<3 et MRC<1) et les troubles cognitifs.

Conclusion: L'expérience clinique rapportée au travers de l'analyse de notre cohorte de Covid Long objective un hypo métabolisme cérébrale dans des régions en lien avec la symptomatologie dans 70 % des TEP réalisés. L'hypothèse d'une atteinte cérébrale neuro-inflammatoire par activation microgliale a été posée par plusieurs équipes internationales après la démonstration d'une inflammation virale de l'épithélium olfactif après infection COVID-19 et d'une activation microgliale sur les séries autopsiques de sujets décédés du COVID-19. L'intérêt du TEP cérébral comme marqueur pronostic d'une évolution chronique et complexe du Covid-Long devra être évalué dans de futures études.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.031>

COL02-01

Infection à VIH et désir d'allaitement maternel

M.-A. Khuong, B. Frison, J. Phalip-Lebesnerais
Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France

Introduction: Si en France, l'allaitement maternel a, jusqu'ici, toujours été contre-indiqué chez les femmes vivant avec le VIH, les recommandations ont déjà évolué. Pas seulement dans les pays en voie de développement, mais également en Europe, où en Suisse, l'allaitement sécurisé est déjà possible, et accompagné si la mère le souhaite, dans d'autres pays.

Cette contre-indication à l'allaitement est parfois mal vécue par les mères. L'évolution possible dans les années à venir des recommandations françaises nous a incités à interroger sur ce sujet des femmes vivant avec le VIH.

Matériels et méthodes: Un questionnaire anonyme a été proposé aux femmes venant en consultation, prospectivement et de façon exhaustive, pour évaluer leur opinion et leur souhait, rétrospectif ou prospectif de pouvoir allaiter.

Résultats: Au total, 100 femmes ont complété le questionnaire, d'âge médian 45 ans [25-66]. Toutes étaient originaires d'Afrique sub saharienne sauf 3 originaires des caraïbes. Elles vivaient en France depuis en médiane 19 ans [1-45] et leur infection à VIH était connue depuis en médiane 17 ans [1-32]. Toutes avaient une charge virale VIH indétectable sauf deux. Huit femmes n'avaient pas eu d'enfant, les autres avaient en médiane 3 enfants [1-8]. Cela représentait au total 275 enfants dont 150, nés après la découverte de la séropositivité. Parmi les 92 femmes ayant eu des enfants, 78 avaient accouché en France, dont 74 au moins une fois après la découverte de leur séropositivité, et 14 n'avaient jamais accouché en France, 56 femmes avaient déjà allaité. Sept femmes étaient enceintes. Seulement 90/100 connaissaient l'absence de risque de transmission en cas de CV indétectable.

Concernant le souhait d'allaiter chez les femmes ayant eu une contre-indication, 65/74 (88%) l'auraient souhaité, même dans un