



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.

secteur risque épidémique et biologique (REB) porteurs de BHR ont été transférés dans d'autres secteurs, entraînant une augmentation de la charge de travail pour le personnel. Les internes et externes du secteur REB n'ont pas participé à la gestion de l'épidémie COVID-19 et ont dû modifier leurs activités. Le personnel paramédical du REB a constaté l'ajout de certaines tâches, comme les soins de kinésithérapie et les radiographies au lit afin de diminuer les personnes en contact avec les patients infectés. À la fois les médecins du REB et ceux s'occupant des autres secteurs ont déclaré avoir une charge de travail plus importante (reliée aux activités du REB pour les uns et à la reprise d'activités des médecins du REB comme les activités d'enseignement ou de recherche pour les autres). Peu de rumeurs ont circulé au sein du SMIT et les personnels soignants ont déclaré avoir bénéficié d'informations suffisantes. Le principal risque identifié auprès des personnels soignants est celui d'une fracture entre personnels participant à la réponse épidémique et personnels n'y participant pas. Un effort à tous les niveaux doit être réalisé afin de reconnaître l'importance des activités habituelles et de ne pas donner l'impression d'avoir deux poids, deux mesures. Nous avons également relevé des conséquences positives comme une cohésion accrue entre les personnels médicaux et paramédicaux et la solidarité importante entre les professionnels pour répartir la charge de travail supplémentaire.

**Conclusion** L'épidémie COVID-19 a imposé des modifications organisationnelles et une augmentation globale de la charge de travail pour les personnels médicaux et paramédicaux. L'analyse de l'impact psychologique de l'épidémie sur le personnel du SMIT est en cours.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.473>

## INF-19

### Projet pilote de lutte contre l'infection par le VIH en Amazonie : un exemple d'approche communautaire en santé publique innovante et adaptée aux populations

L. Dudognon<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>2</sup>, F. Legoff<sup>3</sup>, A. Carbanar<sup>1</sup>, E. Legoff<sup>2</sup>, B. Tafurnapuchi<sup>2</sup>, N. Garceran<sup>1</sup>, E. Jacoud<sup>4</sup>, C. Michaud<sup>1</sup>, M. Gaillet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CDPS, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, France

<sup>2</sup> CDPS, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Maripa Soula, France

<sup>3</sup> Association Aides, Maripa Soula, France

<sup>4</sup> Corevih, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, France

**Introduction** Avec une prévalence 8 fois supérieure à celle de la métropole, la Guyane est le département le plus impacté par l'infection par le VIH. Les populations de l'intérieur du territoire amazonien présentent des spécificités (isolement, précarité, multiculturalisme, multilinguisme, mobilité) qui complexifient le dépistage, actuellement insuffisant. L'objectif était de proposer une offre de sensibilisation et de dépistage adaptée à ce territoire afin de réduire le réservoir caché d'infections.

**Matériels et méthodes** Une équipe mobile dédiée à la santé publique et à la promotion de la santé dans les communes isolées guyanaises a été créée afin de répondre aux besoins importants et spécifiques. Elle est composée de binômes infirmier-médiateur issu des communautés. L'un d'eux a porté un projet pilote de promotion du dépistage du VIH par TROD tenant compte des particularités du territoire. Il s'est inscrit dans un projet global de sensibilisation construit selon une approche communautaire.

**Résultats** Le binôme de l'équipe mobile mène des actions régulières de sensibilisation à la prévention des Infections sexuellement transmissibles (IST) en salle d'attente (1 à 6 h d'attente) d'un centre de santé. Des affiches de sensibilisation au dépistage ont été co-construites avec les leaders communautaires. Il a organisé la formation de treize infirmiers, aide-soignants et médiateurs

volontaires à la réalisation des TROD VIH et au *counseling*. Un parcours permettant la proposition de dépistage systématique aux patients se présentant au centre de santé a été organisé ; il respecte la confidentialité, l'anonymat, les spécificités culturelles des patients, avec un rendu de résultat immédiat adapté à leur mobilité, limitant les perdus de vue.

**Conclusion** Ce projet original est adapté aux spécificités des territoires guyanais reculés, en termes de dépistage du VIH et plus largement des IST. Les TROD AgHbs et VHC pourront compléter rapidement l'offre de dépistage. L'équipe mobile de santé publique, du fait de son positionnement hors du soin, de la présence de médiateurs, répond de manière adaptée aux besoins importants de développement de projets de santé publique et de promotion de la santé des territoires de l'intérieur guyanais.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.474>

## INF-20

### Rôle de l'infirmière et du cadre infirmier lors de la mise en place urgente d'une équipe de dépistage autour d'un cluster de coronavirus

C. Paget, S. Arioli, C. Grillet, E. Morel, L. Lannou, G. Moreau, I. Pellarin, S. Flattres, F. Rica  
CH Annecy Genevois, Metz Tussy, France

**Introduction** La découverte d'un cluster autour d'un cas d'infection à coronavirus Covid-19 dans une commune française a déclenché la création d'une cellule de crise. Une équipe d'intervention a dû être constituée 24h après cette découverte pour dépister les contacts d'un enfant infecté appartenant à ce cluster. Celle-ci était composée d'une équipe médicale et paramédicale d'infectiologie, d'un médecin et d'ambulanciers du SAMU. L'objet de ce travail est de décrire le rôle des paramédicaux lors de la préparation et de la réalisation du dépistage autour des cas.

**Matériels et méthodes** Il est décrit l'action du cadre infirmier et de l'équipe infirmière lors de la création d'une équipe de dépistage en urgence autour d'un cluster de coronavirus et la gestion de l'accueil des cas possibles en hospitalisation.

**Résultats** L'intervention nécessitait la mobilisation, en moins de 24h, d'une équipe afin de dépister 100 enfants des écoles fréquentées par l'enfant infecté. Une première équipe comprenant médecins, infirmiers, cadres infirmiers et ambulanciers était chargée du dépistage dans la commune du cas. La réactivité de l'équipe paramédicale a été permise par l'implication dès la découverte du cluster du cadre soignant du service. Celui-ci a été impliqué dans la cellule de crise, puis s'est déplacé sur la commune concernée pour l'organisation et la réalisation des premiers prélèvements du cluster. Fort de cette expérience, le cadre a pu, 24h après, coordonner la préparation du matériel, le circuit des cas contacts et le protocole des règles d'hygiène et de prélèvements. Sur la base du volontariat, 5 infirmières de l'équipe d'infectiologie, un cadre et 2 infirmiers du SAMU ont participé à l'action de terrain en plus du cadre d'infectiologie. Ceci a permis la création de 6 postes de prélèvements en coopération avec les médecins infectiologues. Dans l'hypothèse d'hospitalisation des cas possibles, il a été nécessaire d'organiser en parallèle un *cohorting* dédié au coronavirus dans le service de maladies Infectieuses du centre hospitalier de référence. Celui-ci a été coordonné par le cadre soignant avec les médecins infectiologues restés en lien avec la cellule de crise. Le transfert de la moitié des patients alors hospitalisés dans le service a été réalisé. Un protocole de libération de la totalité des lits du service a été rédigé par anticipation.

**Conclusion** Cette expérience montre la capacité de mobilisation très rapide d'une équipe paramédicale pour mettre en place une intervention de dépistage délocalisée face à un risque épidémique. La bonne gestion de la crise a été permise par l'anticipation, la



réactivité, l'expérience et la compétence en hygiène des acteurs paramédicaux.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.475>

## INF-21

### Une consultation dédiée à la prise en charge des mineurs isolés étrangers : une opportunité de rattrapage vaccinal et d'entretien de santé sexuelle et globale

M. Ruellan<sup>1</sup>, A. Frachon<sup>2</sup>, J. Philippe<sup>1</sup>, K. Kpoussou<sup>1</sup>, B. Nsitou<sup>1</sup>, S. Diamantis<sup>1</sup>, J. Eff<sup>1</sup>, N. Vignier<sup>3</sup>

<sup>1</sup> GHSIF, Melun, France

<sup>2</sup> Inserm, Sorbonne Université, IPLESP, UMR 1136, Paris, France

<sup>3</sup> GHSIF & Inserm, Sorbonne Université, IPLESP, UMR 1136, Paris, France

*Introduction* Le Haut Conseil de la santé publique a récemment rendu public ces recommandations sur la mise en place d'un rendez-vous santé pour tous les MIE.

*Matériels et méthodes* Une consultation dédiée à la prise en charge des MIE à l'échelle d'un territoire départemental a été mise en place depuis un an. Elle est assurée par une équipe médicale et infirmière. Tous les jeunes pris en charge ont bénéficié d'un entretien de prévention prolongé intégrant la santé sexuelle (1 h) et d'une proposition de rattrapage vaccinal personnalisé.

*Résultats* Parmi les 47 jeunes hommes âgés en moyenne de 17 ans, tous sauf étaient originaires d'Afrique ; leur parcours migratoire a duré en médiane 3 mois (étendue 0 à 3 ans). Leur motif de migration était économique (80 %) ou pour fuir des menaces (13 %), 93 % étaient sans papiers. Seuls 13 % avaient un niveau d'éducation  $\geq$  au primaire. Concernant leur couverture maladie, 65 % n'avaient aucune couverture ou une demande en cours. Aucun



n'était en surpoids, mais 6 % étaient maigre ; 6/44 (14 %) rapportaient une réduction des apports alimentaires depuis l'arrivée. L'examen dentaire a révélé des caries chez 15 % et des chicots chez 4 %. Onze % étaient fumeur, 1 avait une dépendance à l'alcool, 1 à la cocaïne et 1 était usager de drogue par voie intraveineuse. Un antécédent de violences physiques ou sexuelles était rapporté par 30 % dans le pays d'origine, par 29 % sur le parcours migratoire (Maroc et Lybie), et par 4 % en France. 38 % rapportait avoir déjà eu des rapports sexuels avec une femme, avec une utilisation minoritaire du préservatif. Un garçon a rapporté un ATCD de gonococcie. Concernant la vaccination, 43 % avaient un carnet de vaccination, 38 % avait une preuve de vaccination DTPCa réalisée le plus souvent après l'arrivée en France et 21/28 non à jour ont été vaccinés au cours de la consultation. Un dosage des anticorps post vaccinal n'a été prescrit qu'à 2 et aucun résultat n'a été reçu. Concernant le ROR, seuls 23 % étaient à jour sur preuve et 18/32 non à jour ont été vaccinés au cours de la consultation. Seuls 6/31 non-immunisés ont pu être vaccinés contre le VHB, 5 se sont vu prescrire une sérologie post vaccinale et deux ont été reçues avec un taux à 27,7 et 39,4 UI/L. Seuls 27 % étaient à jour contre le méningocoque C et 24/31 ont pu être vaccinés au cours de la consultation.

*Conclusion* Une partie MIE hébergés a bénéficié d'un début de rattrapage vaccinal avant leur mise à l'abri, ce qui souligne l'importance de la traçabilité, les autres relevant souvent d'un rattrapage exhaustif parfois difficile du fait de la faible adhésion des jeunes et des structures d'hébergement. Les antécédents de violences sexuelles et physiques sont fréquents. Les MIE sont à un âge d'entrée dans la sexualité et ont un faible recours au préservatif. Des entretiens en santé sexuelle adaptés semblent importants à mettre en place.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.476>