



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.

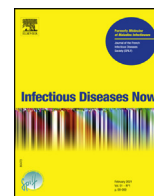


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

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



22<sup>es</sup> Journées nationales d'infectiologie

## Communications orales libres : COVID-19 (2/2)

### COL6-01

#### Séroprévalence SARS-Cov-2 chez les professionnels de santé : étude multicentrique avec analyse des facteurs de risque professionnels et extraprofessionnels

V. Vitrat<sup>1</sup>, A. Maillard<sup>1</sup>, A. Raybaud<sup>2</sup>, C. Wackenheim<sup>2</sup>, B. Chanzy<sup>1</sup>, S. Nguyen<sup>1</sup>, A. Valran<sup>1</sup>, A. Bosch<sup>3</sup>, M. Noret<sup>1</sup>, T. Delory<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Annecy Genevois, Annecy, France

<sup>2</sup> Centre Hospitalier Alpes Léman, Annemasse, France

<sup>3</sup> Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, France

**Introduction** L'objectif de notre étude était d'évaluer la séroprévalence SARS-Cov-2 chez les professionnels de santé, après la première vague Covid-19, et d'analyser les facteurs professionnels et extraprofessionnels modifiant cette prévalence.

**Matériels et méthodes** Suite aux instructions gouvernementales proposant de réaliser une sérologie Covid-19 à tout professionnel de santé après la première vague, nous avons réalisé une étude transversale, multicentrique. Tous les professionnels volontaires des quatre centres participants étaient invités à réaliser une sérologie et à remplir un questionnaire concernant leurs données démographiques, leurs caractéristiques professionnelles, l'utilisation des équipements de protection individuelle et l'exposition extra professionnelle au Covid-19. Nous avons calculé la prévalence SARS-Cov-2 et utilisé une régression logistique en appliquant un effet centre.

**Résultats** Un total de 3454 professionnels ont participé à l'étude dont 83,4 % de femmes. L'âge moyen était de 40,6 ans [31,8–50,3]. En médiane, la prévalence sérologique SARS-Cov-2 était de 5% (95 % IC, 4,3 %–5,8 %). Les facteurs associés à une plus forte séroprévalence étaient : l'âge < 30 ans (aOR = 1,59, (95 % IC, 1,06–2,37)), le statut d'étudiant (aOR = 3,38, (95 % IC, 1,62–7,05)) avec une séroprévalence de 16,9 % dans cette catégorie. L'unité de travail, y compris le fait d'avoir travaillé en unité Covid ou en réanimation, ainsi que l'exposition à des patients (quel que soit leur statut infectieux) n'étaient pas associés à une augmentation de la séroprévalence. Par contre les professionnels rapportant un contact avec un patient Covid, sans protection adaptée, ou ayant pratiqué des taches aérosolisantes, y compris avec un masque FFP2, avaient un surrisque d'infection Covid-19 (respectivement aOR à 1,66 et 1,7). Enfin, l'exposition à un collègue infecté ou à un cas familial était également associée à une augmentation de la prévalence sérologique.



**Conclusion** Les mesures mises en place pour limiter la transmission du SARS-Cov-2 des patients aux professionnels de santé semblent efficaces. En complément de la vaccination, l'éviction systématique des professionnels infectés, la formation des étudiants et le rappel des mesures d'hygiène durant les temps de pause pourraient limiter la contamination des professionnels de santé.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.009>

### COL6-02

#### Séroprévalence des anticorps anti-SARS-CoV-2 après la première vague épidémique au sein d'une population vulnérable

A. Beaumont<sup>1</sup>, C. Durand<sup>1</sup>, M. Ledrans<sup>1</sup>, V. Schwoebel<sup>1</sup>, H. Noel<sup>1</sup>, D. Diulus<sup>2</sup>, L. Colombain<sup>3</sup>, M. Médus<sup>3</sup>, P. Guedet<sup>3</sup>, H. Aumaître<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> ARS Occitanie, Perpignan, France

<sup>3</sup> CH de Perpignan, Perpignan, France

**Introduction** La pandémie de Covid-19 est apparue comme un révélateur des inégalités sociales de santé. En mars 2020, de nombreux cas ont été déclarés dans trois quartiers défavorisés où vit une importante communauté gitane. Une étude de séroprévalence a été menée en juillet 2020 afin d'évaluer le niveau de contamination dans ces quartiers à l'issue de la première vague et d'identifier des facteurs associés à la séropositivité.

**Matériels et méthodes** Cette étude est une enquête transversale menée auprès de la population de 6 ans et plus de ces trois quartiers. Les logements ont été sélectionnés par tirage systématique et les participants par tirage aléatoire. Cette sélection a été réalisée par des enquêteurs terrain préalablement formés. La passation des questionnaires et les prélèvements sanguins des participants ont été effectués dans des centres Covid dédiés. Ces prélèvements ont été soumis à des tests de détection des anticorps IgG et IgM grâce au test immunologique Elecsys® Anti-SARS-CoV-2. La séroprévalence a été estimée sur les données redressées et des facteurs de risque associés ont été recherchés à partir d'un modèle de régression logistique.

**Résultats** Au total, 700 personnes ont participé à l'étude. La séroprévalence des anticorps anti-SARS-CoV-2 était de 35,4% (IC95 % : 30,2–41,0), avec des variations significatives selon le quartier (13,9 %, 17,1 % et 46,7 %). Parmi les personnes séropositives, 21,7 %



(14,1–31,8) n'avaient déclaré aucun symptôme entre le 24 février 2020 et la date d'enquête. Les femmes avaient un risque plus élevé d'être séropositives (*odds ratio* ajusté (ORa)=1,8 [1,0–3,3],  $p=0,034$ ), de même que les personnes âgées de 15–64 ans en comparaison avec les personnes de 65 ans et plus (15–19 ans : ORa=9,1 [2,8–29,8],  $p<0,001$  ; 20–64 ans : ORa=4,5 [2,0–10,1],  $p<0,001$ ). La prévalence de l'obésité était de 40,7 % (35,8–45,8) et les personnes obèses étaient plus susceptibles d'être séropositives (ORa=2,0 [1,1–3,8],  $p=0,024$ ). La présence de cas cliniques de la COVID-19 intrafamiliaux augmentait le risque d'être séropositif (Un cas : ORa=2,5 [1,3–5,0],  $p=0,007$ ). Dans le quartier le plus touché, le risque d'être séropositif était supérieur pour les personnes vivant dans un logement de petite taille (1 ou 2 pièces vs 4 pièces ; ORa=2,8 [1,2–6,3],  $p=0,016$ ). Le fait de travailler pendant le confinement était associé à une baisse de la probabilité de séropositivité (ORa=0,18 [0,03–1,0],  $p=0,048$ ).

**Conclusion** La transmission du SARS-COV-2 a été importante dans cette population vulnérable lors de la première vague épidémique de la COVID-19. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer et d'adapter des mesures de prévention, en prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et notamment les conditions de logement.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.010>

### COL6-03

#### Bilan des signalements COVID-19 sur la plateforme e-SIN, France, 2020

P. Toulemonde, I. Poujol, S. Soing-Altrach, A. Léon, A. Berger-Carbonne  
Santé Publique France, Saint-Maurice, France

**Introduction** Le signalement des infections nosocomiales via l'outil e-SIN est depuis le début de l'épidémie utilisé par les équipes opérationnelles d'hygiène des établissements de santé pour signaler les cas nosocomiaux de Covid19.

**Matériels et méthodes** La période d'étude est l'année 2020, du 01-01-2020 au 03-01-2021. L'analyse concerne plus précisément les cas groupés définis à partir de 3 cas survenus dans un délai entre 2 cas de 4 à 7 jours<sup>1</sup>. Le caractère nosocomial<sup>2</sup> est caractérisé par les équipes opérationnelles d'hygiène qui signalent. Les signalements de Covid19 sont extraits de l'outil e-SIN puis analysés dans une base Microsoft® Excel (2016). <sup>1</sup> Ministère des solidarités et de la santé. Gestion des cas groupés - clusters de COVID-19. (2020). <sup>2</sup> Surveillance definitions for COVID-19. European Centre for Disease Prevention and Control.

**Résultats** En 2020, 4,352 signalements (SIN) de Covid-19 nosocomiales ont été émis. Parmi ces SIN, 1845 cas groupés (CG) représentant 18 778 cas patients (60%), 12 574 cas soignants (40 %) et 10 cas visiteurs. La répartition par service des CG signalés est la suivante : 828 en médecine, 567 en SSR, 139 en chirurgie, 108 en SLD, 61 en secteur EHPAD, 42 en soins intensifs, 35 aux urgences, 13 en gynécologie-obstétrique, 3 en imagerie et 48 dans les services supports (laboratoire, cuisine, ...). La part des professionnels dans les CG est variable selon les services: elle est proche de la moyenne dans les services de médecine (46 %) et de chirurgie (53 %), elle est plus faible dans les services de SSR (34 %), SLD (27 %) et secteur EHPAD (26 %) et plus élevée en Gynécologie-Obstétrique (63%), en Soins Intensifs (74%), aux urgences (92 %) et en Imagerie (100 %). Les principales hypothèses formulées pour expliquer la transmission du virus sont: (1) la découverte fortuite d'un cas, (2) le non-respect strict des mesures barrières et (3) les pauses/transmissions entre professionnels sur leur lieu de travail. La première hypothèse est au premier plan dans les services de médecine (38 %) et de chirurgie (44 %), secteur EHPAD (46 %), SLD (41 %) et SSR (42 %). La 3<sup>e</sup> hypothèse est au premier plan dans les services de gynécologie-obstétrique (62 %), imagerie (100 %) et urgences (43 %). En soins

intensifs les 3 hypothèses sont au même niveau (environ 1/3). Le dépistage et le renforcement des mesures barrières sont de loin les 2 mesures correctives les plus décrites dans les 1,621 CG ayant renseigné des mesures correctives, tout type de service confondu.

**Conclusion** La transmission nosocomiale de Covid-19 est une réalité à prendre en compte pour maîtriser la diffusion du virus. Elle prend des aspects différents selon les services. Les patients représentent la plus grande part des cas, souvent parce que le cas index n'est pas identifié à l'admission. Ce constat incite à renforcer les précautions standard, le dépistage et les mesures barrières spécifiques dès l'identification des cas. Une part importante des cas groupés implique des professionnels souvent contaminés lors des pauses ou transmission pendant lesquelles le strict respect des mesures barrières doit être maintenu.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.011>

### COL6-04

#### Bilan post-COVID-19 systématique dans une cohorte de plus de 100 soignants

M.-A. Khuong-Josses, M. Poupard, Q. Bougault, N. Sayre  
Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France

**Introduction** L'infection à Covid-19 s'associe à des manifestations à moyen et long terme nombreuses et variées. Nous avons réalisé un bilan physique et psychologique à moyen terme chez des soignants ayant été infectés par la Covid-19 entre mars et avril 2020.

**Matériels et méthodes** Un bilan à distance en hôpital de jour a été proposé systématiquement à tous les soignants ayant présenté une infection à Covid-19 au décours de la V1. Le bilan comportait un bilan somatique systématique et orienté en fonction des symptômes, des ateliers de groupe (chorale, façon ludique de travailler la respiration et jeu Trivial-Covid, façon ludique d'aborder différents domaines de connaissance de l'infection), des scores HAD, anxiété (A) et dépression (D), et un entretien psychologique.

**Résultats** Parmi les 142 soignants concernés, 120 ont accepté le bilan (85%) réalisé entre fin avril et début juillet. Quatre soignants ont été exclus de l'analyse car infection à Covid-19 non prouvée biologiquement. Au total, 100 femmes et 16 hommes, d'âge moyen 43 ans [22–65] ont réalisé le bilan en moyenne 67 jours après la PCR+, 54 IDE/cadre, 34 AS, 11 médecins, 8 ASH et 7 administratifs. La plupart (93) n'avait aucune comorbidité, 14 avaient une HTA, 6 un diabète et 7 un asthme. Seuls 8 (7%) étaient fumeurs, dont 5 moins de 5 cig/jour). Cinq avaient été hospitalisés. Presque tous avaient eu un arrêt de travail (111/116), en médiane 18 jours. Des scores significatifs HAD-A>8 étaient retrouvés chez 33/111, et HAD-D>8 chez 17/111. À la question : « Par rapport à votre état antérieur, diriez-vous que vous avez complètement récupéré (ou symptômes mineurs qui n'affectent pas leur vie quotidienne) ? » 77 (66 %) ont répondu oui. Cependant 64 signalaient une persistance de signes, majoritairement asthénie (25) et dyspnée d'effort (25). Le bilan a dépisté 3 anémies, 2 possibles HTA, un nodule pulmonaire, un nodule surrénalien et une cytolysé hépatique. Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre une sévérité de l'infection (hospitalisation, AT > 30 jours, nombre de signes cliniques > 10, scores HAD A et D>8) et les caractéristiques socio-démographiques des soignants (sexe, âge, fonction). Cependant globalement les effectifs étaient faibles, le nombre d'hommes était sous représenté, ainsi que les médecins, 8 ayant refusé le bilan proposé. Une échelle de satisfaction était effectuée à la fin du bilan (0–10), et les soignants ont été très satisfaits du bilan proposé, 9,5 (moyenne), 10 (médiane).

**Conclusion** Dans une série de petite taille mais presque exhaustive de soignants infectés par la Covid-19, un bilan à M2 de l'infection a retrouvé chez 2/3 des personnes des symptômes persistants, même si n'affectant pas forcément leur vie quotidienne. Un

