



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.

les causes et conséquences et améliorer nos pratiques. Un des axes d'amélioration décidé a été la réalisation, d'un dépistage systématique du portage anal de BHRé à l'entrée avec mise en place des précautions complémentaires (PC) spécifiques BHRé en complément des autres mesures d'hygiène existantes au sein de notre institution : suivi des patients connus porteurs de BHRé, dépistage anal en présence de facteurs de risque de BHRé, stratégie de prévalence et « contact-tracing » autour d'un cas « positif ».

**Matériels et méthodes** Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective et descriptive. Cette étude a été réalisée de 1 janvier 2020 au 31 décembre 2020 au sein du service Maladies infectieuses. Lors de chaque entrée, un dépistage par écouvillon anal d'un portage de BHRé a été réalisé avec mise en place des PC spécifiques BHRé jusqu'à l'obtention des résultats bactériologiques. Une affiche de signalement « BHRé entrée » a été créée, en référence à « l'entrée », contrairement à celles destinées aux patients « contacts » et « positifs ». La traçabilité du prélèvement d'entrée était réalisée sur un support partagé par les membres de l'équipe paramédicale. L'infirmier (ière) en charge du patient devait récupérer les résultats bactériologiques pour adapter les précautions d'hygiène au statut infectieux du patient.

**Résultats** Au total, 772 patients ont été hospitalisés sur l'ensemble de l'année 2020 dans notre service. 548 sur 772 (71 %) patients ont bénéficié d'un écouvillon anal de dépistage BHRé d'entrée systématique. Sur l'ensemble de ces patients, 20/548 (4 %) étaient porteurs d'une BHRé. Dix-sept sur 20 (85 %) étaient connus porteurs dès l'entrée, 2 sur 20 ont été découverts au décours d'une prévalence (10 %). Un patient sur 20 (5 %) présentait un résultat positif dans le cadre du dépistage systématique d'entrée. La stratégie de dépistage systématique à l'entrée a permis de dépister 0,2 % de portage anal de BHRé (1/529).

**Conclusion** Le dépistage systématique du portage anal de BHRé à l'entrée ne permet pas de rattraper le diagnostic de portage anal et d'en prévenir la transmission croisée.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.235>

#### PARAMED-15

### Accompagnement des patients confrontés au VIH : Enquête sur les connaissances et pratiques officinales

A. Bourgin, S. Khetar, M. Chappuy, D. Makhoulfi, A. Janoly Dumenil, C. Pivot  
CHU Lyon, Lyon, France

**Introduction** La couverture de la thérapie ARV ne cesse d'augmenter, et l'utilisation de la PrEP s'intensifie. Néanmoins durant le confinement en mars 2020, une diminution de 22% des instaurations d'ARV (- 1300 patients par rapport à l'attendu) a été observée dans notre pays. Ces outils thérapeutiques font partie d'une stratégie de prévention combinée avec le TPE et les autotests de dépistage, que le pharmacien et son équipe doivent maîtriser. Etant potentiellement les professionnels de santé les plus visités entre 2 renouvellements d'ordonnance y compris dans ce contexte pandémique, l'équipe officinale peut jouer un rôle essentiel dans l'orientation et l'accompagnement des patients confrontés au VIH et dans l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Sont-ils prêts pour réaliser cet accompagnement? L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances et les pratiques d'accompagnement des équipes officinales auprès des patients porteurs du VIH ou à risque de contamination.

**Matériels et méthodes** Un questionnaire en ligne comprenant 6 parties (démographie, pathologie/ARV, PrEP, TPE, dépistage, pratiques) a été élaboré et validé par 3 pharmaciens et un médecin infectiologue. Testé par un pharmacien officinal pour en apprécier la compréhension, la pertinence, et le temps de remplissage, il a ensuite été diffusé entre Juin et Septembre 2020 avec l'accord

préalable des intéressés via des groupements de pharmacies, un grossiste répartiteur et des étudiants en stage de fin de cursus.

**Résultats** Les 72 membres d'une équipe officinale participant (pharmaciens/préparateurs) ont un niveau de connaissance modéré et variable selon les thèmes. Concernant le VIH, le mode de contamination le plus fréquent est peu connu (21 %, n = 15), de même que les signes de primo-infection (38 %, n = 27). Trente cinq pourcents ignorent l'existence de la PrEP (n = 25), et parmi les autres seulement 24% (n = 17) identifient les 2 schémas de prise. Le TPE est bien connu (93 %, n = 67), néanmoins la moitié connaissent le délai maximal à ne pas dépasser pour en bénéficier, et un tiers pensent à tort que les médecins généralistes sont habilités à le prescrire. Concernant la pratique: l'importance de l'observance est surtout rappelée lors d'un écart constaté entre 2 dispensations (71%, n = 51), les interactions médicamenteuses le plus souvent vérifiées à l'ajout d'un nouveau traitement (51%, n = 37), et les effets indésirables abordés à la demande du patient (44%, n = 32). Quarante pourcents des répondants (n = 29) rapporte un déficit de connaissance sur les ARV, environ la moitié se sent à l'aise pour orienter un patient en situation de risque de contamination et connaît les structures de sa région réalisant des dépistages.

**Conclusion** Les résultats mettent en évidence un niveau de connaissances modéré des équipes officinales sur la prise en charge des patients VIH ou à risque de contamination. Il s'agit d'un faible échantillon, néanmoins, cette étude inédite en France, engage à l'élaboration de dispositifs de formation adaptés aux besoins des officinaux, afin de favoriser et aider au développement des soins pharmaceutiques auprès des patients confrontés au VIH.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.236>

#### PARAMED-16

### « Et si nous vaccinons directement dans les services? » Évaluation de la tolérance du vaccin AztraZeneca chez les soignants sur la première semaine de campagne vaccinale

E. Cloarec, A. Gloaguen, N. Saidani, L. Khatchatourian  
CHIC, Quimper, France

**Introduction** Dans ce contexte de crise sanitaire, la vaccination est un enjeu majeur pouvant permettre le contrôle de la pandémie liée au SARS-CoV-2. Dès janvier 2021, les professionnels de santé (PDS) de plus de 50 ans ou avec facteurs de risque sont devenus éligibles aux vaccins à ARNm. L'autorisation de mise sur le marché du vaccin AztraZeneca (AZ) a permis d'étendre l'indication vaccinale à tous les PDS début février 2021.

**Matériels et méthodes** La vaccination AZ a débuté dans notre établissement le 09/02/2021 et s'est initialement organisée dans plusieurs services considérés à risque afin d'optimiser l'offre vaccinale. Les cadres de chaque unité ont recensé les soignants volontaires à la vaccination et un binôme IDE/médecin s'est déplacé dans chaque service afin d'effectuer la consultation médicale et la vaccination. Un premier recensement des effets secondaires post-vaccinaux a spontanément été réalisé par les cadres devant les nombreux symptômes rapportés dans les 24 h suivant l'injection, puis complété par les IDE du centre de vaccination sur appel des PDS vaccinés.

**Résultats** Du 09 au 12/02/21, 144 soignants ont été vaccinés avec l'AZ dont 107 femmes (74 %). L'âge médian était de 38 ans [22-58]. Parmi eux, on dénombrait 26% de médecins/internes, 48 % IDE/IADE, 13 % d'AS, 9 % de sages-femmes/auxiliaires puéricultrices et 13 % d'autres catégories. Les principaux services concernés étaient l'oncologie (7,6 %), l'hématologie-maladies infectieuses (5,6%), la médecine polyvalente (7,6%), les urgences/SMUR (22,9%), la réanimation (13,2 %), la rhumatologie-pneumologie (6,3 %), la gastro-entérologie (4,2 %), le pôle mère-enfant (18,1 %). Les don-



nées de tolérance ont pu être recueillies chez 127 soignants (88 %). Seulement 27 vaccinés (21 %) n'ont présenté aucun symptôme post-vaccinal. Les principaux symptômes décrits étaient : fièvre (41 %), frissons (35 %), asthénie (34 %), courbatures (37 %), céphalées (31 %), douleurs au site d'injection (9 %) et troubles digestifs (6 %). Ces symptômes semblaient plus fréquents chez les femmes (82 % vs 71 %) (OR 1,86 [IC 95 % 0,75-4,61],  $p = 0,18$ ), et étaient significativement plus élevés chez les PDS de moins de 35 ans (90% vs 72%) (OR 3,46 [IC 95% 1,21-9,86],  $p = 0,02$ ). Ces effets secondaires ont généré 7 arrêts de travail. Une soignante a été prise en charge au SAU 4 jours après la vaccination pour un tableau de dyspnée progressive dont le lien avec la vaccination n'a pas été définitivement établi.

**Conclusion** Si l'idée de vacciner directement dans les services semblait séduisante afin de pouvoir vacciner rapidement les soignants les plus exposés au SARS-CoV-2, la tolérance modérée de ce vaccin a donné lieu à la suspension de la campagne organisée dans les unités afin d'éviter un nombre trop important d'arrêts de travail sur la même période. Elle s'est secondairement mise en place de manière échelonnée au centre de vaccination Covid-19 de l'établissement. Même si les symptômes systémiques observés ont été fréquents, ils restent cependant superposables aux données de tolérance issues des études cliniques du vaccin AZ.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.237>

#### PARAMED-17

### Le PVVIH est-il correctement vacciné en 2020 ?

G. Arnou, S. Malès, A. Riché, M. Grosset, V. Bornet, A. Vallade, C. Ngo Bell  
CH d'Angoulême, Angoulême, France

**Introduction** L'objectif est d'évaluer la couverture vaccinale d'une file active (FA) de personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

**Matériels et méthodes** Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle et rétrospective, dont les données proviennent du dossier médical informatisé ainsi que du carnet de santé quand il est disponible. L'analyse porte sur les vaccins contre l'hépatite A (VHA), l'hépatite B (VHB), le pneumocoque, la diphtérie tétanos polio-myélite (DTP), la grippe saisonnière et le papillomavirus (HPV). La couverture vaccinale est calculée pour chacun de ces vaccins en rapportant le nombre de personnes vaccinées avec un schéma complet ou non, au nombre de personnes éligibles, comprenant celles qui refusent l'injection.

**Résultats** L'ensemble de la FA des PVVIH de 2020 est inclus ( $n = 398$ ). Son profil bioclinique est le suivant: moyenne d'âge 51 ans, ratio H/F 2,5, stade C 22 %, taux CD4 > 350 92 % et charge virale < 50 copies/mL 92 %. L'exhaustivité des informations renseignées est de 90 % pour le VHA ( $n = 358$ ), 100 % pour le VHB ( $n = 397$ ), 95 % pour le pneumocoque ( $n = 378$ ), 65 % pour le DTP ( $n = 258$ ), 80 % pour la grippe saisonnière ( $n = 320$ ), 100 % pour le HPV ( $n = 398$ ). L'analyse de ces données met en évidence une couverture vaccinale de :

- 72% (86/120) pour le VHA, excluant les 56% d'infections anciennes ( $n = 223$ ), 4% de non indication ( $n = 15$ ) ;
- 79% (177/224) pour le VHB, excluant les 34% d'infections anciennes ( $n = 136$ ) (*Ac anti-HBs positifs ou non*), 5% de non indication ( $n = 21$ ) et 4% de portages de l'Ag HBs ( $n = 16$ ) ;
- 90% (341/378) pour le pneumocoque ;
- 71% (225/320) pour la grippe saisonnière ;
- 47% (9/19) pour le HPV.

L'exploitation des chiffres liés au DTP n'est pas réalisée.

Par ailleurs, le taux de refus est de :

- 4% pour le VHA ( $n = 14$ ) ;
- 6% pour le VHB ( $n = 25$ ) ;
- 8% pour le pneumocoque ( $n = 30$ ) ;
- 6% pour le DTP ( $n = 22$ ) ;
- 21% pour la grippe saisonnière ( $n = 84$ ) ;

- 0% pour le HPV.

**Conclusion** La couverture vaccinale des PVVIH est globalement bonne. Celle du HPV est plus basse mais toutefois supérieure à la population générale (25 %), ou au public HSH (20 %). Celle du DTP n'est pas calculée car trop de données manquent. La proposition vaccinale est bien acceptée hormis pour la grippe, comme dans la population générale. Outre cette défiance, les causes d'une couverture vaccinale incomplète peuvent s'expliquer par les tensions ou ruptures d'approvisionnement, les difficultés d'accès aux soins primaires, les oublis de prescription du médecin, et les oublis du patient ayant une ordonnance en sa possession. Des pistes d'amélioration peuvent être envisagées comme l'utilisation d'un carnet vaccinal virtuel, un meilleur dialogue ville-hôpital, et une délégation de prescription du médecin à un(e) infirmier(e) spécialisé(e) (HDJ, consultation, CeGIDD et centre de santé sexuelle), permettant une traçabilité et une vaccination en temps réel. Enfin, l'éventualité d'un vaccin HPV à moindre coût avec une indication élargie (âge et post-conisation) est en discussion, et permettrait une meilleure performance et acceptabilité qu'à l'heure actuelle.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.238>

#### PARAMED-18

### Profil épidémiologique des décès en réanimation à La Réunion

J. Daoudi<sup>1</sup>, N. Allou<sup>2</sup>, O. Simon<sup>3</sup>, L. Menudier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Santé publique France, Saint-Denis, La Réunion, France

<sup>2</sup> Service de réanimation - CHU Nord, Saint-Denis, La Réunion, France

<sup>3</sup> Service de réanimation - CHU Sud, Saint-Pierre, La Réunion, France

**Introduction** En mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé déclare comme une pandémie le SARS-CoV-2. Avec une circulation active de ce virus respiratoire, les services de réanimation de La Réunion ont fait face à une augmentation de cas graves Covid-19. L'objectif de notre présentation est de dresser le « portrait-robot » des cas graves décédés admis dans un service de réanimation à partir d'indicateurs temporels, démographiques et cliniques et constater si ce profil a évolué.

**Matériels et méthodes** La période retenue dans notre étude est de mars 2020 à mars 2021. Un cas grave est défini par: un patient présentant une confirmation biologique d'infection au SARS-CoV2 et nécessitant une prise en charge en réanimation. Les données analysées sont issues de la surveillance active des cas graves développée et animée par Santé publique France. Les cas graves hors résidence à la Réunion ont été exclus.

**Résultats** Au 31 mars 2021, 38 cas graves sont décédés soit un taux de létalité de 19% ( $n = 38/197$ ). Entre 2020 et 2021, on ne constate pas de différence du taux de létalité avec respectivement 20 % et 18 %. Le sex-ratio (H/F) est de 0,9. L'âge médian est de 68 ans. La durée médiane de séjour en réanimation est de 9,5 jours avec un minimum de 0 et un maximum de 38 jours. La répartition par classe d'âge révèle que les 65-74 ont le taux de létalité le plus élevé avec 30,6 %. À l'opposé, les 15-44 ans et les 45-64 ans enregistrent une létalité plus faible avec respectivement 7,7 % et 16,6 %. Il faut souligner, que la classe d'âge 75 ans et plus considérée comme une population vulnérable à un taux de létalité de 19% équivalent au taux de létalité général. D'un point de vue des indicateurs cliniques, plus de 9 décès sur 10 présentent au moins un facteur de risque ( $p < 0,001$ ). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées sont l'hypertension artérielle (63 %), le diabète (55 %) et l'obésité (39%). Les cas graves décédés ont en moyenne au moins deux comorbidités. À propos de la gravité, 81% des décès ont développé un SDRA dont 63% un SDRA sévère ( $p < 0,001$ ). Pour la prise en charge thérapeutique, l'oxygénothérapie haute débit (58 %), la ventilation invasive (47 %) et l'ECMO (24 %) ont été les pratiques d'assistance respiratoires privilégiées. Entre 2020 et 2021, nous constatons une modification du profil démographique des décès

