



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.

chés à l'établissement ont été inclus. Les données démographiques et cliniques au diagnostic ainsi que l'évolution intra-hospitalière ont été recueillies de manière consécutive et prospective jusqu'au 24^e jour après le début des symptômes. Les symptômes ont été considérés « typiques » ou « atypiques » selon l'avis du Haut Conseil de Santé Publique du 20 avril 2020. La mortalité et le devenir à 3 mois ont été recueillis rétrospectivement pour tous les patients de 75 ans et plus. L'échelle Activities of Daily Living (ADL) a été renseignée pour les patients hospitalisés dans la filière gériatrique de l'établissement (services de médecine aiguë et de soins de suite gériatriques).

Résultats Deux cent quatre-vingt-onze patients ont été inclus entre septembre et novembre 2020, dont 203 (69,8 %) étaient âgés de 75 ans et plus. Dans la population des moins de 75 ans, seuls 3 patients (3,4 %) avaient des symptômes atypiques, contre 51 (25,1 %) chez les 75 ans et plus. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,41 jours chez les moins de 75 ans, contre 19,4 jours pour les 75 ans et plus. La mortalité au 24^e jour était plus élevée chez les patients de 75 ans et plus avec 44 décès (21,7 %) contre 3 (3,4 %) chez les moins de 75 ans. La majorité (88 %) des décès des 75 ans et plus est survenue dans les 24 premiers jours. Parmi la population âgée de 75 ans et plus, 33 % ont développé une forme grave (décès attribuable et/ou transfert en soins critiques et/ou débit en oxygène ≥ 3 L/min) mais seulement 10,3 % ont été transférés dans un secteur de soins critiques. Trois mois après le diagnostic, 24,6 % des 75 ans et plus étaient décédés, 6,5 % étaient toujours hospitalisés, 5,9 % avaient été admis en EHPAD et 63 % étaient rentrés à domicile. Chez les patients hospitalisés dans la filière gériatrique, le déclin fonctionnel entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation correspondait à une perte moyenne de 1,07 point d'ADL.

Conclusion En comparaison avec les patients plus jeunes, les cas confirmés d'infection à SARS-CoV2 âgés de 75 ans et plus développent plus de tableaux cliniques atypiques et sont hospitalisés en moyenne 10 jours supplémentaires. Dans notre étude, la mortalité à 3 mois pour cette classe d'âge atteint 25 %. Chez les patients hospitalisés dans la filière gériatrique de l'établissement, on observe un déclin fonctionnel qui témoigne de la fragilité de cette population.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.136>

COVID-19

Surmortalité dans les maisons de retraite pendant la pandémie de COVID-19

S. Bessis¹, A. Schnitzler², H. Mascitti², C. Duran², A. Dinh²

¹ Kremlin-Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France

² Raymond-Poincaré, Garches, France

Introduction La maladie à coronavirus (COVID-19) est associée à un faible taux de mortalité global d'environ 2 % dans la population générale. La gravité et la mortalité du COVID-19 varient largement en fonction de plusieurs facteurs de risque tels que l'âge, la présence d'une insuffisance respiratoire chronique, l'immunosuppression et les facteurs de risque cardiovasculaires. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité des résidents des établissements de soins de longue durée (ESLD), les patients âgés très dépendants étant les plus exposés au risque de décès. Cependant, la surmortalité en maison de retraite par rapport aux années précédentes n'a pas été entièrement étudiée. Nous avons cherché à comparer le taux de mortalité par semaine dans un réseau national français de maisons de retraite en 2020 aux taux de mortalité des années précédentes.

Matériels et méthodes Une étude de cohorte rétrospective multicentrique a été réalisée auprès d'un réseau national de 28 maisons de retraite, également réparties en France, sur une période allant du 1^{er} septembre 2017 au 31 novembre 2020. Les données ont été extraites d'une base de données centralisée (Netvie), où la morta-

lité toutes causes du réseau était rapportée chaque semaine, avec le sexe et l'âge des participants.

Résultats Au cours de la période d'étude, un total de 4029 résidents de maisons de soins infirmiers ont été identifiés ; parmi eux, 1972 (48,9 %) étaient décédés. Au cours des périodes 2017, 2018, 2019 et 2020, 4599, 4946, 5268 et 4722 résidents ($p > 0,05$) vivaient dans les maisons de soins infirmiers de l'étude, et 2238 (48,7 %), 2568 (51,9 %), 2561 (48,6 %) et 2679 (56,7 %) étaient décédés, respectivement. L'âge médian de l'ensemble de la cohorte était de 89,0 [intervalle interquartile (IQR) : 84,0–93,0] ans, et l'âge médian de la population décédée était de 90,0 [IQR : 85,0–94,0] ans. Le rapport des sexes (M/F) dans l'ensemble de la cohorte et dans la population décédée était de 0,39 et 0,44, respectivement. Nous avons remarqué une augmentation du taux de mortalité jusqu'à 9,1 % durant les semaines 13 à 16 de 2020 par rapport à un taux de mortalité de 1,7 % en 2018 ($p < 10^{-5}$) et de 1,7 % en 2019 ($p < 10^{-5}$) durant la même période. Au cours des semaines 13 à 16 de 2018, 2019 et 2020, l'âge médian de tous les résidents était de 90,0 [IQR : 85,0–94,0], 89,0 [IQR : 84,0–93,0] et 89,0 [IQR : 83,0–93,0], tandis que l'âge médian des résidents décédés était de 89,0 [IQR : 86,0–96,0], 91,0 [IQR : 88,0–95,0] et 89,0 [IQR : 84,0–93,8], respectivement. Au cours de ces semaines, le sex-ratio (M/F) dans l'ensemble de la cohorte était de 0,33 en 2018, 0,36 en 2019 et 0,36 en 2020. Parmi la population décédée, le sex-ratio était de 0,17 en 2018, 0,29 en 2019 et 0,55 en 2020.

Conclusion Ainsi, nous pouvons conclure que la mortalité a été multipliée par plus de 5 lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 dans les maisons de retraite, sans différence concernant le sex-ratio et l'âge avec la population décédée des années précédentes. Plusieurs rapports ont mis l'accent sur la mortalité élevée chez les personnes âgées, notamment dans les ESLD mais peu de données sont disponibles sur les maisons de retraite. Le personnel, les résidents et les proches doivent rester vigilants pour prévenir l'introduction et la propagation du SRAS-CoV-2 dans leurs établissements.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.137>

COVID-20

Dépistage du personnel de santé exposé au SARS-CoV-2 dans un hôpital universitaire

L. Noel¹, E. Marion¹, R. Boufercha¹, F. Martin¹, C. Zandotti², R. Charrel², M. Bouhadfane¹, M. Lehucher-Michel¹, A. Villa¹

¹ CHU Timone, AP-HM, service de médecine du travail, Marseille, France

² CHU Timone, AP-HM, CLIN, Marseille, France

Introduction Dans le cadre de la pandémie mondiale au SARS-CoV-2, les personnels de santé (PS) sont professionnellement exposés à ce virus. Dans ce contexte, cette étude présente les données de surveillance de 5704 travailleurs exposés au SARS-CoV-2 d'un centre hospitalier du 17 mars au 20 avril 2020.

Matériels et méthodes Les PS symptomatiques, les cas contacts et ceux présentant une forte anxiété ont été testés. Le diagnostic de COVID-19 a été réalisé par RT-PCR après prélèvement nasopharyngé.

Résultats Au cours de cette période, 30,4 % (1735/5704) des PS ont bénéficié de 3057 écouvillons nasaux. Parmi ceux-ci, 8,0 % (138/1735) étaient infectés par le SRAS-CoV-2. Parmi les PS positifs au SARS-CoV-2, 21,7 % étaient asymptomatiques. Dans les unités COVID et les unités non COVID, le nombre de personnes infectées par le SARS-CoV-2 était respectivement de 5,8 % (13/223) et 8,2 % (125/1512) ($p = 0,2$). Parmi les PS travaillant hors des unités COVID, 6,4 % (12/188) des agents des unités pédiatriques et 8,1 % (126/1547) des agents des unités adultes ou des laboratoires étaient positifs au SARS-CoV-2 ($p = 0,4$). Parmi les PS des unités adultes,



6,4 % (8/125) provenaient de la médecine interne, 5,6 % (7/125) de la neurologie, 5,6 % (7/125) de la pharmacie et 5,6 % (7/125) du service médical d'urgence. Parmi les personnes atteintes du SARS-CoV2, les infirmières, les internes/médecins et les aides-soignants étaient les catégories professionnelles les plus touchées avec respectivement 30,0 % (40/138), 21,0 % (29/138) et 10,9 % (15/138). Parmi les médecins, la majorité étaient des internes (70,0 % ; 20/29). Les travailleurs de plus de 50 ans étaient moins susceptibles d'être positifs au SARS-CoV-2 (3,8 % ; 14/373) que les autres travailleurs plus jeunes (9,1 % ; 124/1362) ($p < 0,001$). Aucun cas grave de COVID-19 n'a été signalé dans notre population au cours de cette période.

Conclusion Parmi les PS positifs détectés, 21,7 % (25/115) étaient asymptomatiques. Ces données soulignent l'importance du dépistage systématique des cas contacts même asymptomatiques et de l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) pour éviter la transmission. Le pourcentage des cas positifs diminuait à mesure que l'âge augmentait, en particulier après l'âge de 45 ans. Les personnels de plus de 45 ans, étant plus expérimentées et se sentant plus à risque, ont pu être mieux protégées ou affectées à des services moins à risque ou confinés à domicile. Les PS travaillant dans des unités COVID-19 n'étaient pas plus souvent infectés que ceux travaillant dans des unités non COVID-19, probablement parce qu'ils étaient plus conscients des dangers et des risques associés au SARS-CoV-2, qu'ils disposaient de plus d'équipements de protection individuelle, qu'ils les portaient de manière plus stricte et qu'ils étaient mieux informés et formés.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.138>

COVID-21

Attitudes vis-à-vis du vaccin COVID-19 des soignants exerçant en Guyane française

N. Vignier¹, K. Brureau², S. Granier¹, J. Breton³, C. Agostini⁴, L. Epelboin¹, A. Valdes¹, P. Abboud¹, F. Djossou¹, M. Douine¹

¹ CH de Cayenne, Cayenne, Guyane française

² DMG Antilles Guyane, Cayenne, Guyane française

³ URPS médecins Guyane, Cayenne, Guyane française

⁴ CH Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française

Introduction La Guyane française a fait face à une première vague significative l'été 2020, quelques mois après la métropole. L'étude EpiCovid a révélé que 25 % des guyanais avaient été touchés par le COVID. Les soignants, comme ailleurs, ont fait partie des populations significativement impactées par l'épidémie.

Après l'autorisation du vaccin à ARNm Comirnaty[®] par l'Agence européenne du médicament fin décembre, la métropole a commencé à vacciner dans les EHPAD. L'arrivée des vaccins a été retardée de 15 jours en Guyane du fait de l'attente de l'arrivée d'un congélateur à -80°C à l'hôpital de Cayenne. Dès le début de la campagne vaccinale dans les EHPAD et auprès des soignants, des réticences vis-à-vis du vaccin ont été exprimées. La vaccination était accessible à tous les soignants de plus de 50 ans ou avec comorbidités au moment de l'enquête.

Dans le contexte de l'émergence du variant 20J/501Y.V3 en Amérique du Sud, une meilleure compréhension des attitudes et de l'intention vaccinale des professionnels de santé de ce territoire particulier est susceptible d'aider à l'ajustement de la campagne.

Matériels et méthodes Une enquête épidémiologique transversale a été mise en place en février et mars 2021 à destination de l'ensemble des soignants de Guyane à l'aide d'un questionnaire en ligne sur le site wapi.org, diffusé par mailing larges en partenariat avec les structures de santé du territoire, les URPS et les ordres médecins et infirmiers, la lettre de l'ARS, les groupes What'sApp de professionnels, sous forme de QR code affichés et sur les fonds d'écran des ordinateurs professionnels et sur support papier dans

les services du CH de Cayenne et les 17 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) des communes de l'intérieur.

Résultats Au total, 578 professionnels de santé ont répondu à l'enquête, dont 42 % de médecins ou sage femmes, 37 % d'infirmiers et 20 % d'autres professionnels de santé. Les médecins et les infirmiers exerçaient en libéral (30 % et 23 %), en milieu hospitalier (48 % et 51 %) et en CDPS (10 % et 18 %, respectivement).

Dans l'ensemble, 91 % des soignants interrogés se déclaraient favorables aux vaccinations en général, mais 26 % défavorables à certains vaccins.

Concernant la vaccination contre le COVID-19, 65 % étaient déjà vaccinés ou envisageaient probablement de se faire vacciner, 11 % étaient indécis et 24 % déclaraient ne pas vouloir se faire vacciner. L'intention vaccinale était plus élevée parmi les médecins (87 %) que parmi les infirmiers et les autres professions de santé (50 % et 46 %, $p < 0,001$). Le refus du vaccin n'était pas différent selon le mode d'exercice, libéral ou hospitalier. L'opposition au vaccin était plus fréquente parmi les femmes (30 %), les moins de 35 ans (37 %) et parmi les professionnels de santé originaires de Guyane et des Antilles françaises (48 %). Ces facteurs restaient associés en analyse multivariée par régression logistique. À l'inverse, parmi les professionnels originaires de métropole ou de l'étranger, elle n'était pas différente en fonction de l'ancienneté d'arrivée en Guyane (qui était en médiane de 8 ans, IIQ [19–2]). Elle ne variait pas non plus en fonction du lieu d'exercice.

Conclusion Les intentions vaccinales des professionnels de santé de Guyane française dans la période initiale de mise à disposition des vaccins sont assez contrastées, avec près d'un soignant sur quatre ne souhaitant pas se faire vacciner.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.139>

COVID-22

Transmission de la COVID-19 aux agents de santé : où est le risque ?

A. Lomont, N. Hassold, H. Delagrèverie, S. Oubbea, S. Nagle, C. Alloui, J. Zahar, H. Cordel
CHU Avicenne, Bobigny, France

Introduction La contamination des personnels soignants par le SARS-CoV-2 est une préoccupation majeure de la pandémie de COVID-19. Les principales voies de contamination sont l'inhalation de gouttelettes ou la transmission à la suite d'un contact avec des surfaces contaminées. Bien que la transmission par gouttelettes semble prédominer au niveau communautaire, l'exposition des personnels soignants dans les établissements de soins reste mal connue.

Notre étude visait à évaluer les différents risques de transmission pour le personnel hospitalier prenant en charge des patients atteints d'une forme aiguë de COVID-19.

Matériels et méthodes Cette étude observationnelle prospective a inclus des patients atteints par le SARS-CoV-2 et hospitalisés dans les 14 jours suivant l'apparition des symptômes. Plusieurs écouvillons ont été prélevés dans leur environnement : rebord de fenêtre, poignée de porte, ligne de perfusion, barrières de lit, dessus de table amovible, téléphone du patient, masque à oxygène ou canule nasale.

Les masques portés par les agents de santé auprès des patients, soit pendant une procédure spécifique médicale ou paramédicale soit portés en continu à l'intérieur du service ont été collectés. Les masques ont été trempés dans un milieu de transport viral. La recherche de SARS-CoV-2 a été effectuée par RT-qPCR.

Résultats Des écouvillons de surface ont été prélevés pour 43 patients (durée moyenne des symptômes : 8 jours). L'ARN du SARS-CoV-2 a été détecté sur toutes sortes de surfaces : barrières de lit (40 %), masque à oxygène ou canule nasale (29 %), poignée de porte (28 %), dessus de table (24 %), bouton de réglage de perfusion ou

