



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.

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. Daoudi¹, N. Allou², O. Simon³, L. Menudier¹

¹ Santé publique France, Saint-Denis, La Réunion, France

² Service de réanimation - CHU Nord, Saint-Denis, La Réunion, France

³ 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



en réanimation. En 2020, l'âge médian est de 70 ans. Pour 2021, il baisse à 62 ans. En outre, alors qu'en 2020 la majorité des décès est attribuable aux femmes (61 %) pour 2021, 60 % des décès sont des hommes. À l'heure actuelle, on ne constate pas de changement dans la durée de séjour, la gravité, et les comorbidités entre les patients décédés en 2020 et ceux de 2021.

Conclusion Le profil type d'une personne décédée en réanimation est: une personne de 65-74 ans, présentant au moins deux facteurs de comorbidités comme l'hypertension artérielle, un diabète ou une obésité avec un SDRA sévère. La circulation du variant sud-africain à partir de janvier 2021 a probablement modifié la démographie du profil. Pour confirmer cette hypothèse, les résultats de séquençage des cas graves permettraient de le confirmer. Une seconde hypothèse du rajeunissement des cas graves décédés est la vaccination en janvier 2021 des personnes de 75 ans plus.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.239>

PARAMED-19

Déterminants de la qualité de vie des personnels hospitaliers soignants et médicaux en contexte COVID : enquête en un CHU lors de la première vague

A. Grelier, O. Guérin, F. Caillot, F. Levavasseur, J. Bénichou, F. Caron

CHU, Rouen, France

Introduction La pandémie COVID-19 a bouleversé le quotidien de chaque professionnel de santé (PS) dans sa vie personnelle et professionnelle, en particulier durant la 1^{ère} vague marquée par un confinement drastique, une pénurie en équipements de protection mais aussi beaucoup de solidarité tels « les applaudissements de 20 heures ». Le but fut d'évaluer la résultante de cela sur la qualité de vie (QV) perçue par les PS hospitaliers.

Matériels et méthodes Étude « hors Loi Jardé », prospective, non interventionnelle, sous forme d'un auto-questionnaire anonyme proposé en mai 2020 à tous les PS d'un CHU d'une région alors de moyenne endémie SARS-CoV-2 ayant ouvert 200 lits dédiés et mobilisé 1000 PS en renfort sur 4 mois. Elaboration du questionnaire par le team d'infectiologie, validation par les instances, généralisation en ligne (Lime Survey) via Intranet et Facebook. En environ 10 minutes 71 items dont 27 échelles visuelles (0 à 10) et 5 cadres libres comparant la QV personnelle et professionnelle à celle des mois antérieurs. Cotation 6 à 10 considérées comme positives. **Résultats** Sur 794 réponses (11 % des PS du CHU) 259 par IDE, 228 d'autres soignants, 179 de médecins et 55 de cadres de santé, dont 311 (39 %) en unités dédiées COVID (155 permanents et 156 renforts). Cohorte surtout jeune (moyenne: 41 ans), féminine (80 %), en couple (90 %), chargée d'enfant (73 %), en maison (72 %) au CHU depuis > 5 ans (79 %). Retentissement sur la vie personnelle du confinement jugé acceptable sur le plan matériel et relationnel respectivement par 76 % et 56 %. QV professionnelle s'abaissant moins sur le plan matériel (58 % vs 62 avant) que relationnel (70 % vs 81). Globalement engagement dans la lutte contre l'épidémie évalué important par 72%, 50% se sentant valorisé, 82 % davantage fatigué, 69% vivant la période comme plus difficile professionnellement et 68% personnellement. Chez ceux confrontés aux cas (en unité dédié ou sous forme sporadique ailleurs) 72 % se disant à l'aise dans la pratique et 71 % bien protégés. Relation patient (COVID ou non) vécue différente par 47 %. Encouragements en tant que PS exprimés à 63% surtout par la famille; stigmatisation de 19% surtout par des quidams. Réponses libres par 147 (18 %) des répondants, riches, pointant les failles mais aussi la solidarité.

Conclusion Ce questionnaire sur la QV des PS a intéressé pas seulement ceux impliqués dans la gestion d'unités COVID,

soulignant que beaucoup souhaitaient témoigner sur ce temps particulier à un moment où la fin de crise pouvait être espérée prochaine. Malgré « les protocoles changeant », « le manque de matériel », « le bouleversement des habitudes et repères » mais grâce au « soutien entre équipes » « à la période riche avec les patients et entre soignants » le bilan global s'avère contrasté avec une QV finalement pas plus altérée professionnellement que personnellement. L'analyse se poursuit par une comparaison selon le métier, le lieu d'affectation (unité COVID ou non) et les modalités d'exercice (habituel ou renfort).

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.240>

PARAMED-20

Soignants, connaissez-vous les CeGIDD ?

Q. Bougault¹, S. Traore², B. Abdellou¹, C. Meto¹, J. Phalip-Lebesnerais², N. Guibaud¹, M. Poupard¹, M.A. Khuong-Josses¹

¹ Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France

² Hôpital Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne, France

Introduction Avec une baisse d'environ 30 % du nombre de découvertes d'infection par le VIH en 2020, le dépistage est plus que jamais l'enjeu principal de la lutte contre l'infection à VIH en France. Dans cette perspective, les CeGIDD (Centre Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) sont une des structures clés sur le territoire mais leur connaissance, notamment par les acteurs de santé, est peu connue. À l'occasion du premier décembre, nous avons souhaité évaluer l'état de connaissance par la population présente ce jour là dans un hôpital en région parisienne, disposant d'un CeGIDD ex Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, depuis plus de 15 ans. **Matériels et méthodes** Nous avons proposé un questionnaire aux différentes personnes passant dans le hall de l'hôpital dans la journée du 1^{er} décembre, patients, accompagnateurs ou professionnels de santé. Le questionnaire évaluait la connaissance des CeGIDD, des infections sexuellement transmissibles (IST) et les antécédents personnels de dépistage.

Résultats Nous avons fait remplir 101 questionnaires. Parmi cette population, 77 (76,3 %) travaillaient dans l'hôpital. Il y avait 55 % de femmes et l'âge moyen était de 41 ans. Au total, 57 (56,4 %) connaissaient l'existence d'un CeGIDD et seulement 62,3 % des professionnels de l'hôpital. Par ailleurs, 21 (20,8 %) connaissaient le sigle CeGIDD et 8 (28,7 %) autres connaissaient au moins le terme « dépistage ». Concernant les IST, 17 (16,8 %) ne pouvaient en citer aucune. Parmi les IST citées, le VIH l'était 77 fois (76,3 %), puis la syphilis (37,6 %), le chlamydia (33,7 %) et l'hépatite B (30,7 %). Le papillomavirus n'était cité que dans 8,9 % des cas. Enfin, concernant le dépistage, seules 19 (18,8 %) personnes s'étaient déjà rendues en CeGIDD au moins une fois dans leur vie. Et seules 70 (69,3 %) personnes avaient fait un test VIH au moins une fois dans leur vie (délai moyen 7 ans). Les professionnels de l'établissement n'avaient pas été davantage dépistés pour le VIH (71,1 %).

Conclusion Les CeGIDD ne sont pas assez connus, y compris par les professionnels d'un hôpital en disposant d'un depuis plusieurs années. Davantage de communication semble indispensable afin d'améliorer la connaissance et le dépistage des IST. Le taux global de dépistage pour le VIH est faible (70 %) dans une population active assez jeune.

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

<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.241>

