



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.

objectif d'évaluer le retentissement médico-psychosocial à 3 mois et 6 mois d'une hospitalisation pour COVID. Les données caractérisant l'état médical en phase aiguë sont en cours de recueil à partir des compte-rendu d'hospitalisation, et des questionnaires permettant de documenter les caractéristiques sociodémographiques des patients et de préciser leur état de santé médical, psychologique et social sont renseignés, via le système Voozano, à M3 et M6. L'évaluation psychosociale repose sur l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) associée à des items documentant le recours à des soins psychothérapeutiques, à la consommation de psychotropes et de substances psychoactives et le retentissement relationnel, professionnel, économique et administratif. Une évaluation cardiopulmonaire incluant scanner thoracique, EFR, test de marche et échographie cardiaque sont également réalisés, à la discrétion des médecins dans les 3 à 6 mois du début des symptômes.

Résultats Plus de mille patients adultes, acceptant de participer et préalablement hospitalisés dans un des 7 centres hospitaliers inclueurs pendant la période allant du 1^{er} mars au 30 avril, sont en cours de recrutement. Les données à 3 mois sont en cours de collection et les premiers résultats concernant l'état de santé global et notamment psychologique à 3 mois seront disponibles en août. Pourront alors être précisés le nombre de patients présentant des anomalies persistantes au niveau somatique et psychologique, la part de ceux-là nécessitant un traitement ou un suivi spécialisé et les facteurs associés à la persistance de troubles.

Conclusion L'étude Post-COVID-Health, permettant d'accroître nos connaissances du retentissement médico-psychosocial à moyen terme d'une hospitalisation pour COVID-19, pourra permettre de proposer une prise en charge adaptée et de mieux anticiper la prise en charge des patients en cas de nouvelle épidémie.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.198>

COVID-84

Suivi clinique à 30 et 60 jours des patients ayant présenté une forme modérée de COVID-19

C. Carvalho Schneider, E. Laurent, A. Lemaignan, E. Beaufils, C. Bourbao Tournois, F. Bruyère, K. Stefic, L. Guillon Grammatico, L. Bernard
CHU de Tours, Tours, France

Introduction L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution et les facteurs prédictifs de symptômes persistants à 30 et 60 jours d'adultes ayant présenté une atteinte modérée de COVID-19.

Matériels et méthodes Cette étude descriptive de suivi (à la phase initiale, à 30 jours [j30] et à 60 jours [j60]) a concerné 150 patients atteints d'une forme modérée de COVID-19 confirmée par RT-PCR. Les patients ont été inclus du 17 mars au 30 avril 2020. Le recueil de données démographiques, cliniques et biologiques a été réalisé rétrospectivement à partir du dossier médical informatisé ainsi qu'à l'aide du suivi téléphonique prospectif qui a été mis en place dans notre centre hospitalier (appel à j30 et j60). La persistance de symptômes était définie par la présence d'au moins un des symptômes suivant à j30 ou à j60 : perte de poids ≥ 5 %, dyspnée grade 2 à 4 selon l'échelle modified Medical Research Council (mMRC), une asthénie grade 3 à 4 selon l'indice de performance de l'OMS, douleur thoracique, palpitations, anosmie/agueusie, céphalées, signes cutanés, arthralgies, myalgies, troubles digestifs (douleur, diarrhée, nausée/vomissement), fièvre ou le fait d'être en arrêt de travail.

Résultats À j30, 68 % ($n = 102/150$) des patients présentaient au moins encore un symptôme et 66 % ($n = 86/130$) à j60. Un des principaux symptômes était l'anosmie/agueusie avec 59 % ($n = 89$) des patients à la phase initiale de la maladie, 28 % ($n = 40$) à j30 et 23 % ($n = 29$) à j60. La dyspnée concernait 36,7 % ($n = 55$) des patients à j30 et 30 % ($n = 39$) à j60, avec respectivement plus de 10 % ($n = 16$)

et 7,7 % ($n = 10$) avec un grade 2 à 4 selon l'échelle mMRC. La moitié des patients ($n = 74$) à j30 et 40 % ($n = 52$) à j60 rapportaient une asthénie persistante, avec respectivement 7 % ($n = 11$) et 3,1 % ($n = 4$) avec un grade 3 à 4 selon l'échelle OMS. D'autres symptômes étaient également décrits lors des appels de réévaluation comme des arthralgies (9,8 % [$n = 13$] à j30 et 16,3 % [$n = 21$] à j60) ou la persistance de douleurs thoraciques (18 % [$n = 27$] à j30 et 13,1 % [$n = 17$] à j60). La persistance d'au moins un symptôme à j60 était significativement liée à un âge compris entre 40 et 60 ans ($p = 0,026$), à une hospitalisation initiale ($p = 0,011$) ainsi qu'au fait d'avoir eu une auscultation anormale lors de l'évaluation clinique initiale (0,046). À j30, l'oxygénothérapie initiale ($p = 0,014$) ainsi que la dyspnée à la phase initiale ($p = 0,037$) étaient des facteurs supplémentaires associés à la persistance de symptômes.

Conclusion À j30 et j60 de la phase initiale de la maladie, deux tiers des adultes ayant présenté une atteinte modérée de COVID-19 présentent encore des symptômes, principalement une anosmie/agueusie, une dyspnée ou une asthénie. Un suivi médical prolongé des patients suite à une infection à SARS-CoV-2 semble essentielle quelle que soit la présentation clinique initiale de la maladie.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.199>

COVID-85

REPERCOV : repérage des plaintes fonctionnelles et psychosociales après une hospitalisation pour infection sévère à SARS-CoV-2

H. Hitoto, N. Crochette, P. Ménager, S. Blanchi, J. Lainé, L. Grandière-Perez, A. Paris, A. Berrehare, F. Scholastique, F. Goupil
Centre hospitalier du Mans, Le Mans, France

Introduction Dans le contexte d'une des pandémies les plus meurtrières du 21^e siècle, la France, au 15 juin 2020, comptait plus de 73 000 personnes sorties d'hospitalisation après infection par le nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2).

Les symptômes et signes cliniques de la COVID-19 sont variés, comme la fièvre, les troubles respiratoires, signes ORL ou encore digestifs. Il semblerait que certains patients se plaignent de la persistance de ces symptômes longtemps après l'infection.

Nous avons souhaité évaluer, à distance d'une hospitalisation, la prévalence des signes fonctionnels, des plaintes psychologiques et sociales justifiant d'une prise en charge spécifique chez les patients hospitalisés pour infection sévère à SARS-CoV-2. L'objectif final était de recenser les besoins pour offrir un suivi adapté à cette pathologie émergente.

Matériels et méthodes Nous avons réalisé une enquête auprès des 200 à 300 patients survivants hospitalisés entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2020 pour infection sévère à SARS-COV-2, au sein de notre établissement.

Un questionnaire papier ou une enquête téléphonique étaient proposés deux à trois mois après la sortie d'hospitalisation afin de recueillir les plaintes existant avant et après l'infection.

Il s'agissait d'une étude purement descriptive, portant sur un ensemble de signes fonctionnels présents avant ou après l'infection, qu'ils soient cardiorespiratoires, digestifs, ORL, locomoteurs, neurologiques, mais aussi sur les traitements concomitants. Des questionnaires validés abordaient les dimensions de la qualité de vie, de la fragilité, notamment en population gériatrique.

Résultats Outre la prévalence des plaintes présentes 2-3 mois après la sortie d'hospitalisation, nous nous sommes intéressés à : - décrire les plaintes fonctionnelles, neuropsychologiques et sociales à distance d'une infection sévère à SARS-CoV-2, et l'évolution de celles-ci avant, pendant et après l'hospitalisation ;



- repérer les facteurs favorisants de ces plaintes, en particulier les facteurs de risques usuels (mode de vie, habitus, comorbidités, traitements, modalités de prise en charge, etc.) ;
- décrire les besoins en consultations spécialisées et en accompagnement neuropsychologique, en suivi diététique ou suivi social ;
- décrire l'impact de la COVID-19 sur la prise en charge de la maladie chronique de certains patients, notamment la prise en charge thérapeutique ;
- décrire les facteurs d'inégalités d'accès au soin et étudier leur impact sur la gravité de l'infection et la présence d'une plainte fonctionnelle ou psychosociale.

Conclusion Cette nouvelle maladie soulève de nombreuses questions, notamment sur les éventuelles séquelles sanitaires qu'elle engendre. La parole des survivants est donc capitale pour décrire les signes fonctionnels et les plaintes psychosociales, nécessitant une prise en charge spécifique, coordonnée, afin de pouvoir améliorer le pronostic à long terme des patients infectés par le SARS-CoV-2 et créer un parcours de soins optimal.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.200>

COVID-86

Gestion multidisciplinaire des patients infectés par le SARS-Cov-2 maintenus à domicile : rôle d'un dispositif de télé-suivi sur smartphone en situation de crise sanitaire



J. Lejeune, D. Morquin, J. Attal, A. Makinson, N. Atoui, C. Favier, V. Faucherre, F. Galtier, J. Reynes, V. Le Moing
CHU de Montpellier, Montpellier, France

Introduction Pour garder un lien clinique avec les patients atteints de COVID-19 maintenus à domicile en respectant le confinement, de nombreux centres ont déployé en urgence des dispositifs de télé-suivi. Côté usager une application permet l'accès à des conseils, la saisie régulière de questionnaires prédéfinis visant à décrire l'évolution de leur infection ou de celles de leurs proches, le tchat avec des équipes soignantes. Côté soignant, des tableaux de bord permettent de concentrer les appels sur les situations les plus problématiques. L'objectif de notre communication est de présenter la perception du service rendu et l'impact sur le parcours patient de ce dispositif mis en place par le CHU, incluant infectiologues, médecins généralistes, hygiénistes, psychologues, psychiatres et gynécologues-obstétriciens volontaires.

Matériels et méthodes Tous les patients dépistés (+) en ambulatoire au CHU du 10/03 au 01/06/2020 présentant des critères de maintien possible à domicile et ayant accepté un télé-suivi ont été inclus. Outre les questionnaires de saisie de l'évolutions des symptômes, un questionnaire HADS dépistant les symptômes anxieux et dépressifs était présenté par l'application tous les 2 jours, jusqu'à décision d'arrêt du patient. Chaque évaluation se terminait par une proposition de rappel. À la fin de la période un questionnaire d'évaluation de la perception du dispositif a été envoyé.

Résultats Deux cent cinquante-cinq unités épidémiologiques (UE) ont été télé-suivies pour une durée médiane de 11 jours (IQ3 : 8–15) soit 135 familles et 120 individus seuls avec un ratio F/H à 0,64 et un âge médian de l'utilisateur de l'application de 42 ans (IQ3 : 30–55). Trente-sept pour cent des patients présentaient des comorbidités, 18 femmes enceintes et 11 sujets immunodéprimés ont été suivis. Au pic d'activité, 5 ETP 7/7 j (heures ouvrables) ont supervisé 125 UE simultanées. Quarante-quatre suivis ont été réalisés en post-hospitalisations. Le télé-suivi a généré 17 consultations et 14 hospitalisations directes en unité COVID (dont une a abouti à un décès à j7). Quarante-huit patients présentant un score

HADS > 10 ont bénéficié d'un avis psychiatrique et 13 ont entamé un suivi, une personne a été hospitalisée à la fin du confinement. Parmi les 127 répondants au questionnaire final, 93,6 % ont déclaré avoir été rassuré par le dispositif, 93,6 % ont considéré qu'ils ont pu facilement obtenir les informations nécessaires et suffisantes pour gérer leur situation médicale et le confinement ; 69,9 % ont estimé qu'ils auraient consulté aux urgences en l'absence du dispositif.

Conclusion Ce dispositif multidisciplinaire a apporté la preuve de son utilité perçue en situation de crise pour toutes les parties prenantes.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.201>

COVID-87

Faire face au COVID-19, mise en place de novo d'une unité mutualisée « COVID-19 non réanimatoire » : organisation et résultats

S. Tunesi, A. Dupont, C. Baker, C. Leblanc, C. Rose, M. Taybaly, L. Amor Chelih, M. Garçon, F. Lhuissier, A. Bourgarit
CHU, Bondy, France



Introduction La pandémie à COVID-19 a touché presque tous les pays du monde, dont la France. Tous les départements français ont ouvert des unités dédiées pour la gestion de la phase aiguë de l'épidémie. Au sein de notre site, notre structure a été la seule à accueillir une unité pour gérer des patients confirmés COVID-19 positifs. En l'absence de soins intensifs sur place, ces patients étaient triés au SAU et ne venaient que les patients sans indication de soins intensifs en raison du bénéfice/risque attendu (âge, comorbidités). Pour activer cette unité, une équipe mutualisée a été mise en place que ce soit au niveau du personnel médical PM (seniors, internes, externes) que personnel non médical (PNM) détachés des services de médecine interne, pédiatrie, médecine du sport, consultation, endocrinologie, hépatologie de notre CHU. Un support psychologique a été proposé aux soignants et aux familles par une équipe mobile de psychiatrie. L'activité quotidienne a été réorganisée après la création de plusieurs binômes junior-senior, en service de 8 h à 19 h, 7 j/7. La continuité des soins a été assurée chaque jour par 3 staffs pour permettre respectivement les transmissions de la nuit entre PM et PNM ; l'état des lieux après la visite du matin ; les projets pour le lendemain. Tous les patients ont été réévalués chaque jour et réorientés selon une échelle de gravité structurée par 5 codes-couleurs. Les externes ont eu pour mission de contacter les familles du fait de la limitation des visites, ainsi que les médecins traitants afin d'améliorer la gestion après le RAD. Les patients ont été traités par oxygénothérapie et protocoles d'antibiothérapie et morphine.

Matériels et méthodes Analyse descriptive des données personnelles, de la mortalité brute et des issues de l'hospitalisation.

Résultats Entre le 13 mars et le 19 mai, 147 patients, 56 % d'eux de sexe féminin, ont été hospitalisés dans cette unité d'une capacité maximale de 25 lits. L'âge moyen était de 69 ans [18 ; 97]. La durée moyenne du séjour a été de 5 jours [0 ; 29]. La mortalité totale était du 20,4 %, dont 51 % des patients sont rentrés vers leur domicile ou vers des EHPAD. Ensuite, 14,3 % des patients ont été transférés vers un autre service de médecine aiguë, et 12,2 % des patients a poursuivi les soins dans un SSR.

Conclusion L'organisation de ce service montre comme une équipe de PM et PNM avec fonds de travail différentes peut être rapidement mise en place pendant une période de crise. La présence d'un service dédié à la gestion des cas de COVID-19 sans indication à soins intensifs peut soulager des autres services au sein d'un groupe hospitalier qui travaille en coordination. La mortalité des patients hospitalisés dans ce service reste basse considérant les comorbidités et l'âge des patients. La durée courte du séjour a