

Déterminants de la survenue et de la criticité des clusters à COVID19 en EHPAD



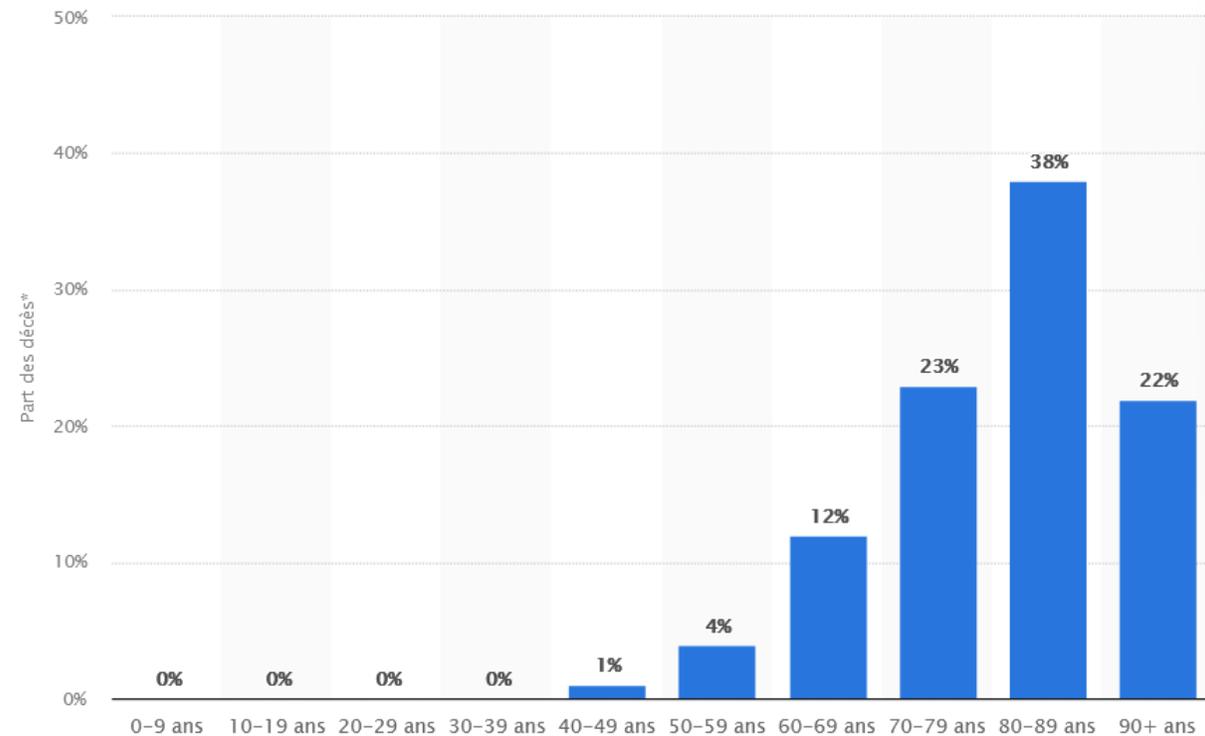
Marine Giard, Anaïs Machut, Olivier Baud, Bruno Pereira, Hélène Clauson, Claire Gimbergues Cadet, Anne Savey, Clément Lahaye



Contexte

- SARS COV2 apparu en 2020
 - Évolution rapide vers une pandémie
 - Population âgée très touchée
- EHPAD et COVID
 - Population à risque de forme grave
 - $\frac{3}{4}$ des structures touchées en 2020
 - Moyens matériels et humains insuffisants
 - 34.000 décès imputables entre mars 2020 et mars 2021 pour 600 000 résidents
 - 44 % des morts du COVID en 2020

Part des décès par COVID en France selon l'âge jusqu'au Printemps 2022



Statista 2022

Problématique et Objectifs



- Problématique

- Taux d'attaque (10-90%) et de mortalité (10 à 35 %) parmi les résidents très hétérogènes entre structures
- Comment expliquer de telles différences?
- Peu d'études épidémiologiques en EHPAD

- Objectifs

- Identifier les facteurs associés à la survenue et à la criticité (attaque et létalité) d'un cluster à COVID-19 en EHPAD durant la seconde vague épidémique (octobre à fin décembre 2020)

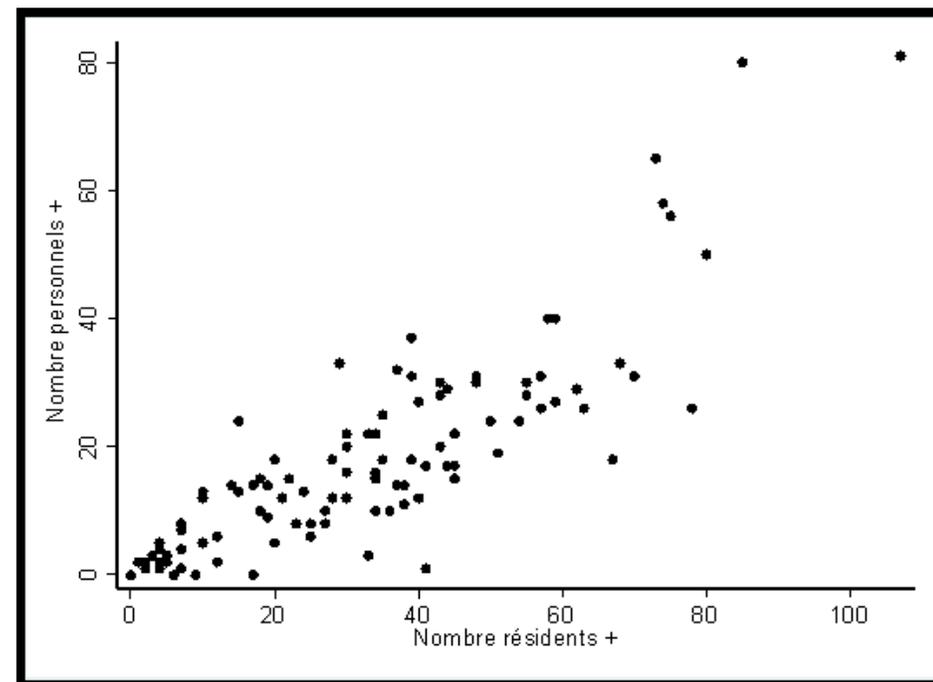
Méthodes



- Etude épidémiologique rétrospective automne 2021
- Questionnaire en ligne proposé par les équipes mobiles d'hygiène et de gériatrie
- IDEC et MedCo de 946 EHPAD de la région AURA sollicités
- 67 questions concernant la période septembre 2020 - janvier 2021
 - caractéristiques de la structure : taille, architecture, profil des résidents...
 - organisation des soins : présence d'IDEC, MedCo, taux d'encadrement, intérimaires...
 - mesures mises en place en cas de cluster: isolement, dépistage, utilisation des EPI....
- Evaluation
 - taux d'attaque et de létalité parmi les résidents
 - taux d'attaque parmi les personnels
- Analyses
 - Univarié par Chi2 ou exact de Fisher pour les variables catégorielles, et test de Student ou test de Mann-Whitney pour les données quantitatives
 - Multivarié par une régression de poisson

Résultats: constat tragique

- 164 EHPAD (17%) répondeuses
 - 13 129 résidents et 9 284 soignants
 - taille moyenne 80 résidents Vs 66 en AURA
 - 63 % de structures publiques Vs 49 % en AURA
- Clusters: au moins 3 cas confirmés par PCR en 7 jours
 - 108 structures (66%) pendant la 2ème vague
 - 3590 résidents (39,8%) et 3142 soignants (33,8 %) infectés
 - 780 décès de résidents par COVID = létalité 21,7 %
- Symptômes amenant à la découverte du cluster
 - AEG (74,8%)
 - toux (57%)
 - dyspnée (46,6%)
 - troubles du comportement (27,2%)
 - chutes (22%)
 - troubles digestifs (12,6%)



Résultats

- Facteurs associés à la **survenue d'un cluster**, en multivarié

Variables	Odds Ratio	CI 95%	P
Capacité d'accueil > 60 résidents	3.34	[1.50 – 7.45]	0.003
Recours fréquent intérim > 40 résidents/IDE	2.76	[1.14 – 6.67]	0.017
Intervenants extérieurs (kiné, coiffeur, podolo)	0.46	[0.23 – 0.93]	0.032
	0.41	[0.20 – 0.86]	0.024

- Facteurs associés au **taux d'attaque** parmi les **résidents**, en multivarié

Variables	Odds Ratio	CI 95%	P
Statut privé lucratif	1.76	[1.59-1.95]	<0.001
Chambres doubles > 10 %	1.29	[1.17-1.42]	<0.001
Recours au service civique	2.13	[1.94-2.35]	<0.001
Dépistage systématique au retour d'hospit ou admission	2.00	[1.68-2.38]	<0.001
Pourcentage de patients de plus de 90 ans	1,46	[1.08-1.96]	0.01
Présence IDE la nuit	0.80	[0.70-0.92]	0.02
Présence de résidents déambulants	0.69	[0.62-0.76]	<0.001
Respect des mesures pendant les animations	0.88	[0.79-0.98]	<0.001
Isolement systématique au retour d'hospit ou admission	0.69	[0.64-0.75]	<0.001

Résultats

- Facteurs associés au taux de **léta**lité parmi les **résidents**, en multivarié

Variables	Odds Ratio	CI 95%	P
Non rattachement à un établissement hospitalier	1.25	{1.02-1.54}	0.03
Non éviction des personnels symptomatiques	1.22	[1.03-1.45]	0.02
Renfort HAD pendant le cluster	1.34	[1.15-1.58]	<0.001
Recours quotidien à l'intérim	1.27	[1.05-1.55]	0.02
Capacité \geq 60 résidents	0.78	[0.63-0.96]	0.02
Service civique	0.79	[0.65-0.96]	0.02
Pourcentage de résidents de plus de 90 ans	1.01	[0,87-1.18]	0.86

Discussion

- Mortalité élevée par rapport à la littérature
- Isolement vaut mieux qu'un test faussement rassurant?
- Structure hospitalière et effectif propre suffisant = meilleur pronostic
- Effet âge sur la diffusion mais pas sur la mortalité
- Locaux inadaptés, vecteur de transmission

- Certains facteurs non retrouvés
 - visites en chambre, GIR, déambulants,
 - présence IDEC ou med co, présence UVP
 - utilisation des EPI, niveau de formation à l'hygiène, intervention EMH ou EMG
 - niveau de stress des équipes

Discussion: par rapport à la littérature

- Cpias Nouvelle Aquitaine 2020 *Bernadou et al. BEH Covid-19 N° 9 | 8 juin 2021*
 - taux attaque > 30 % associé à
 - taux professionnels <40 ans plus élevé,
 - ratio ETP paramédical/ nb de lits plus faible,
 - personnel moins bien formé en hygiène,
 - offre de ch individuelles plus faible,
 - délais de mise en place des mesures de contrôle
- 1^{ère} vague en unité de long séjour en Angleterre *Shallcross Lancet 2020*
 - Clusters associés au
 - non-paiement d'indemnité maladie,
 - au faible taux d'encadrement,
 - recours aux IDE intérimaires,
 - structures à but lucratif
- Données du CDC, 13 000 Mdr aux USA *Croning et al. Journal of Health Economics 2022*
 - Mdr 5 étoiles= meilleur suivi médical, meilleur encadrement soignant, moins d'escarre ou de chute
 - N'évite pas la survenue du premier cas
 - Mortalité plus faible par COVID mais mortalité non COVID plus élevée chez les 5 étoiles = effet de l'isolement ?

Take home messages

- Hétérogénéité de l'impact COVID en EHPAD
- Reflet de différences d'organisation des structures
- Persistance de chambre doubles
- Insuffisance de l'encadrement médico-soignant
- Maintien en poste des personnels symptomatiques
- Isoler vaut mieux que tester?
- Importance de poursuivre les études pour :
 - limiter l'impact de futures épidémies
 - exiger des moyens humains adaptés





MERCI POUR VOTRE ATTENTION