

Groupe ethnique et risque d'infection par le SARS-CoV-2 chez le personnel de santé : Résultats d'une large cohorte occupationnelle au Royaume-Uni.

Maxime Inghels

Lincoln International Institute for Rural Health, University of Lincoln, Lincoln, UK
Centre Population et Développement (UMR 196 Paris Descartes – IRD), Paris, France



© Laura James / site web pexels.com

INTRODUCTION

Au début de la pandémie, les personnels de santé issus de minorités ethniques représentaient les deux tiers des décès liés au COVID-19, alors que ces minorités constituent moins d'un tiers des personnels de santé au Royaume-Uni. Si cette surmortalité peut s'expliquer par le risque d'infection par le SARS-CoV-2 plus élevé, les raisons de cette surexposition restent mal comprises. **L'objectif de notre étude était de quantifier le risque d'infection par le SARS-CoV-2 chez les personnels de santé issus de minorités ethniques et d'identifier les facteurs expliquant leur surexposition.**

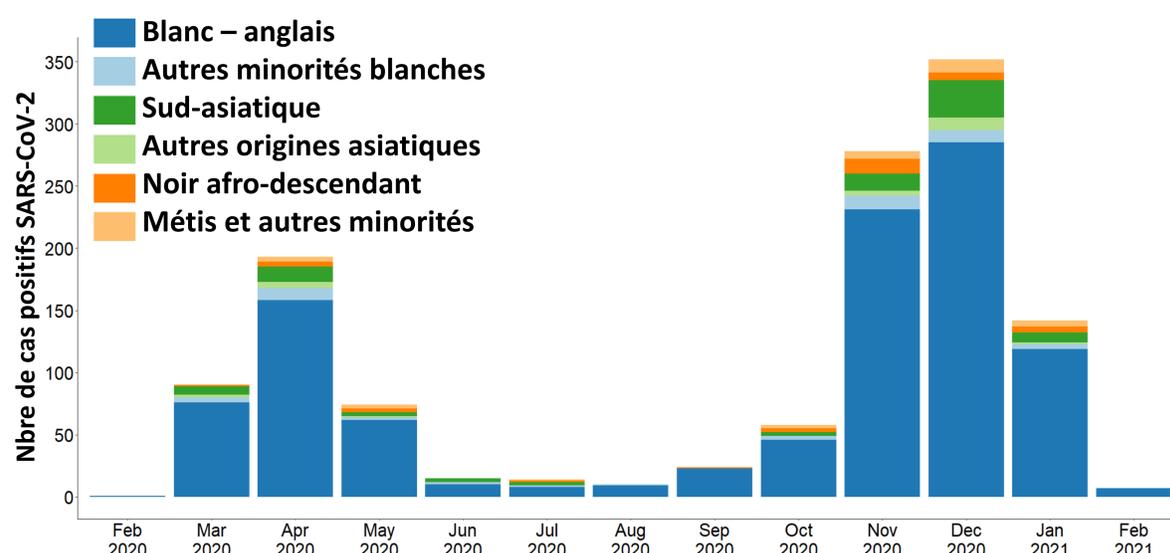


Figure 1. Évolution du nombre de cas SARS-CoV-2 positifs, Lincolnshire, R-U (n=1 258).

METHODS

Une étude de **cohorte rétrospective d'un an** a été menée auprès des **employés du National Health Service (NHS)** travaillant dans **123 établissements de la région du Lincolnshire**, au Royaume-Uni. Les tests PCR positifs réalisés par les personnels ont été collectés en routine entre février 2020 et février 2021. Les données collectées comprenaient l'âge, le sexe, le groupe ethnique, le niveau de rémunération, l'exposition professionnelle (groupe professionnel, nombre d'heures travaillées, taille de la structure, périodes d'isolement ou de congé), les antécédents de maladies non liées au COVID-19 et les caractéristiques du milieu de vie des participants (indice de richesse, classification urbaine-rurale, taille moyenne des ménages). Le groupe ethnique déclaré par chaque employé a été classé comme suit : blanc d'origine anglaise, autres minorités blanches (p.ex., Européens), sud-asiatique (Pakistanais, Indiens et Bangladais), autres minorités asiatiques, noir afro-descendant, métis et autres groupes. Un modèle de régression de Cox a été réalisé pour identifier les facteurs de risque associés à un test SARS-CoV-2 positif avec ajustement de l'effet grappe par structure.

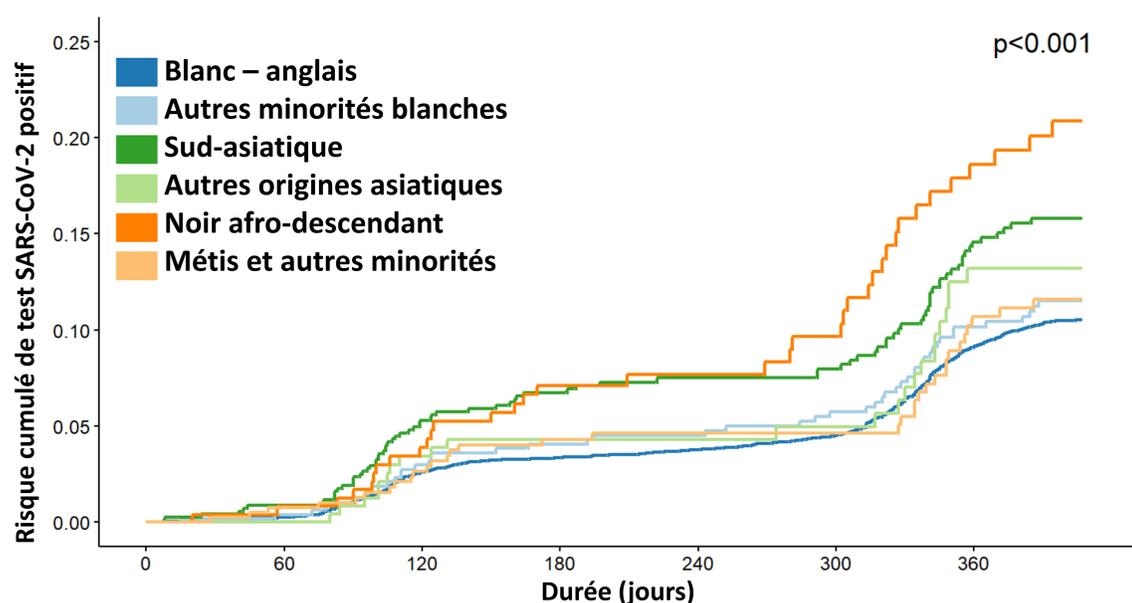


Figure 2. Risque cumulé d'être testé SARS-CoV-2 positif par origine ethnique (n=13 366).

1,69 [1,07-2,66] respectivement) et la deuxième (HR 2,09 [1,57-2,76] et 1,46 [1,24-1,71]) (Figure 2).

Le risque plus élevé d'infection par le SARS-CoV-2 persistait de manière significative chez noirs afro-descendants et sud-asiatiques après le contrôle de l'âge, du sexe, du niveau de rémunération, du milieu de vie, du type de profession et du temps d'exposition sur le lieu de travail. Un risque ajusté plus élevé d'infection par le SARS-CoV-2 a également été constaté chez les femmes (HRa 1,27 [1,06-1,52]) et les employés les moins bien rémunérés (HRa 3,13 [2,08-4,55]).

CONCLUSION

Les professionnels de la santé d'origine **afro-descendante et sud-asiatique** ont été les plus exposés au SRAS-CoV-2 pendant la première année de l'épidémie. **Il est urgent de prendre des mesures pour éviter leur surexposition lors de futures épidémies.**

RESULTS

Au total, **13 366 employés** ont été inclus. L'incidence du SRAS-CoV-2 par personne-année était de **5,2 % [IC 95 % : 3,6 %-7,6 %] lors de la première vague** (janvier-août 2020) et de **17,2 % [13,5 %-22,0 %] lors de la deuxième vague** entre septembre 2020 et février 2021 (Figure 1). Durant la période d'observation, l'incidence était de 9.5% [8.3%-11.0%] chez les blancs d'origine anglaise, 14.7% [11.9%-18.1%] chez les sud-asiatiques et 18.6% [13.7%-25.3%] chez les noirs afro-descendants. Comparativement à ceux se déclarant blanc d'origine anglaise, ceux se déclarant **noir afro-descendant et sud-asiatique** présentaient un **risque plus élevé d'infection** par le SRAS-CoV-2 durant la première vague (HR, 1,58 [0,91-2,75] et