

3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



**21<sup>èmes</sup> Journées  
d'Urgences Pédiatriques  
du Sud-Ouest**  
Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

# COVID ET PEDIATRIE

Equipe d'infectiologie pédiatrique  
Dr Favier, Dr Pauquet & Dr Ros.

3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

## EPIDEMIOLOGIE

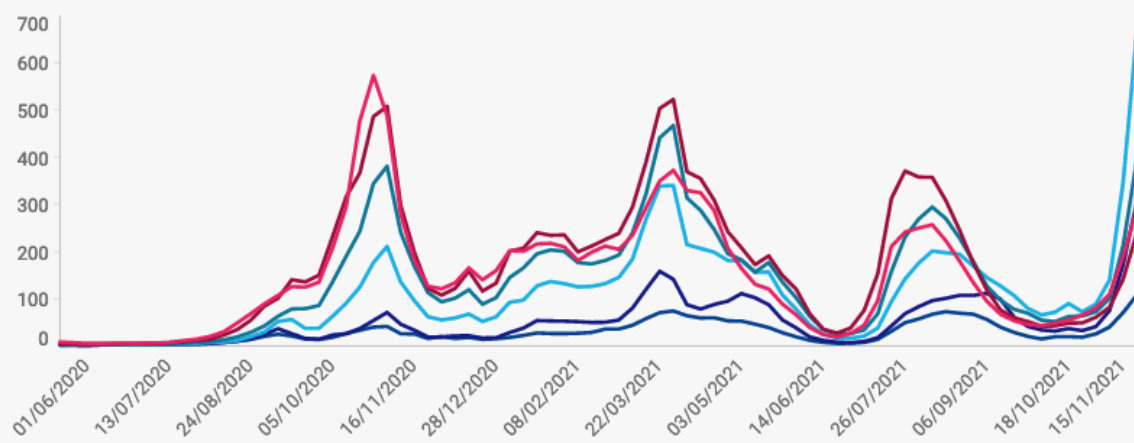
# Généralités

- 5 à 10.000 fois moins de décès
- 1000 fois moins de formes graves
- 100 fois moins d'hospitalisations
- 2 à 5 fois moins de % de PCR positives en cas de symptômes compatibles
- Mortalité hospitalière cumulée au 29/11: 15 cas pour les 10 -19 ans et 11 pour les moins de 10 ans

# Incidence

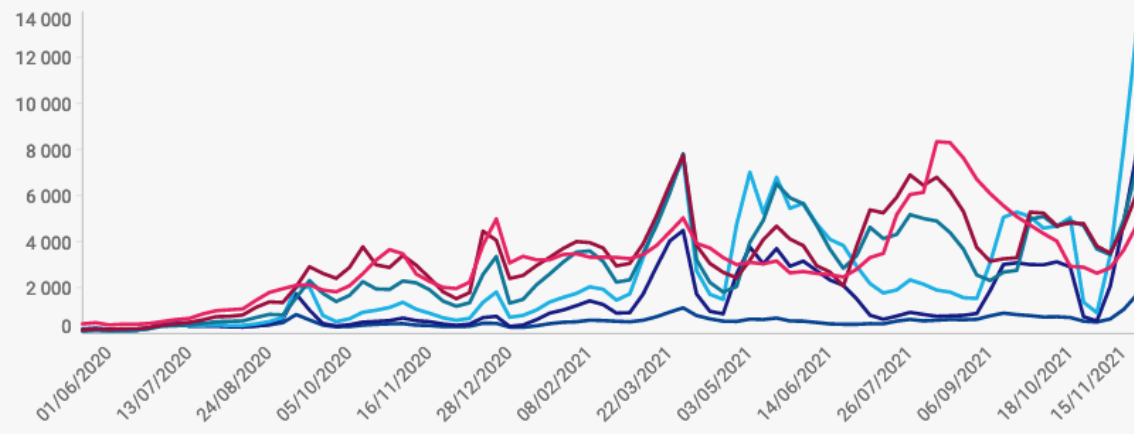
Classe d'âges	11/10/2021	18/10/2021	25/10/2021	01/11/2021	08/11/2021	15/11/2021	22/11/2021
0-9 ans	35,2	52,2	43,8	55,6	90,9	210,8	389,9
10-19 ans	39,9	57,9	58,4	68,2	95,7	194,9	343,9
20-29 ans	47,8	57,4	69,2	88,8	128,8	217,9	320,1
30-39 ans	52,4	71,5	85,4	111,6	155	269,1	421,2
40-49 ans	42	61,3	71,8	93,3	124,4	225,2	373,8
50-59 ans	30,4	46,2	58	70,6	99,2	177,8	277
60-69 ans	29,5	47,5	56,6	68,7	92,6	155	237,2
70-79 ans	34,6	55,6	63,5	67,7	84,5	133,3	182,5
80-89 ans	28,7	42,7	42,7	47,1	56,8	85,4	117,6
+ 90 ans	23,3	38,5	47,8	46,7	68,2	108,7	141,6

Classe d'âges	18/10/2021	25/10/2021	01/11/2021	08/11/2021	15/11/2021	22/11/2021
0-3 ans - Petite enfance	19,9	18,6	25,5	40	70,7	107,6
3-5 ans - Maternelle	36,8	32,5	40,9	74,9	173	303,8
6-10 ans - Primaire	89,7	72,4	88,5	139,7	346,4	664,1
11-14 ans - Collège	62,4	63,4	72,3	100,5	212,6	392,7
15-17 ans - Lycée	48,3	48,9	60,8	81,8	141,2	239,1
18 ans ou plus	54,8	65	80,4	109,8	188,9	290,3

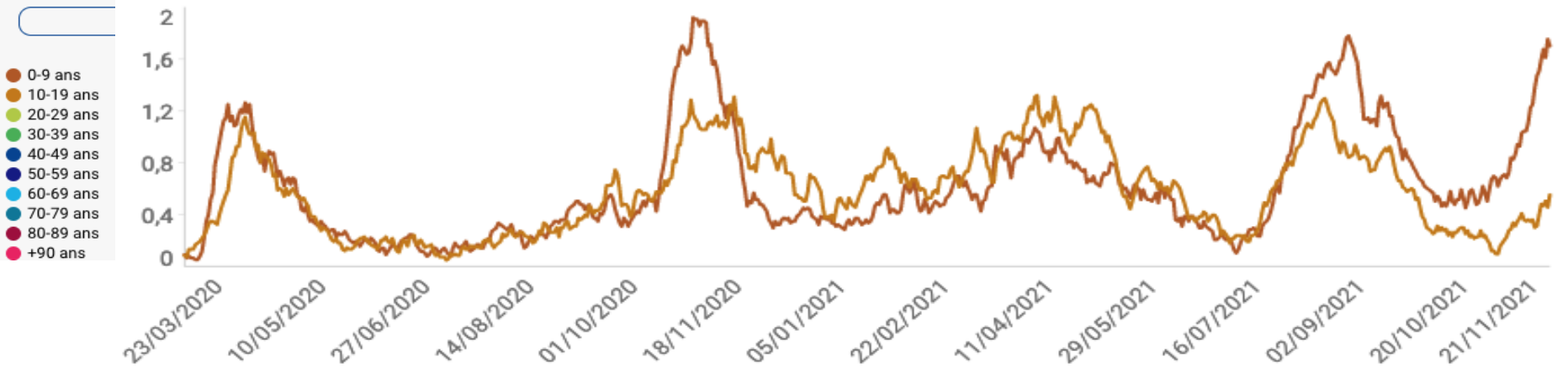
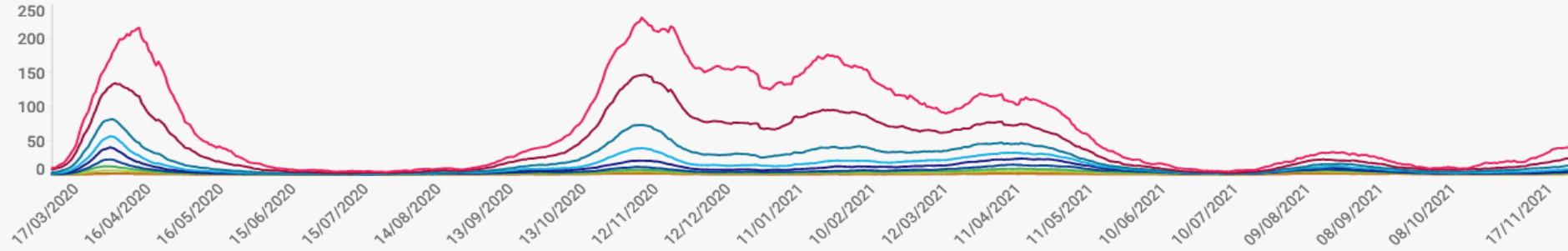


- 0-3 ans - Petite enfance
- 3-5 ans - Maternelle
- 6-10 ans - Primaire
- 11-14 ans - Collège
- 15-17 ans - Lycée
- 18 ans ou plus

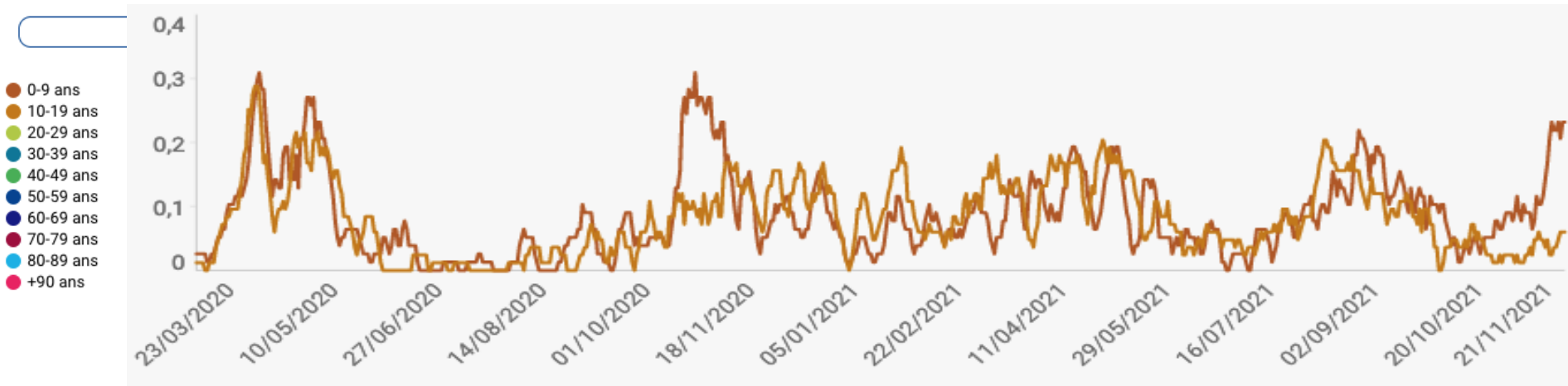
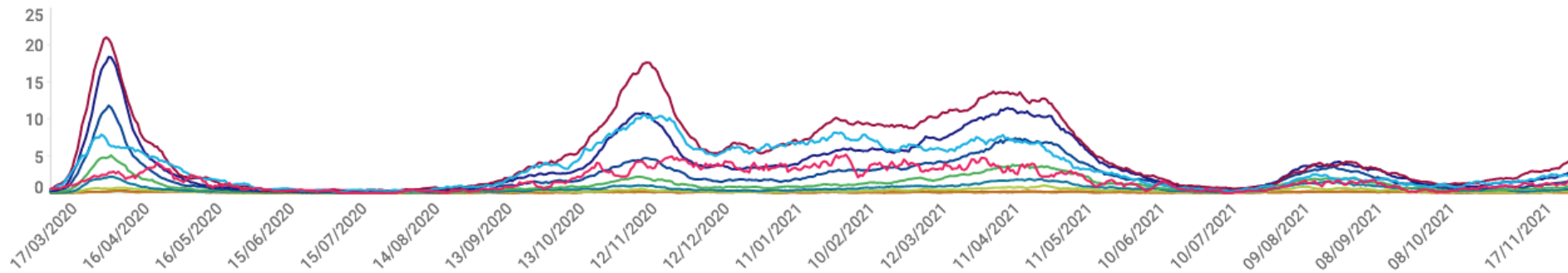
- Taux d'incidence
- Taux de dépistage**
- Taux de positivité



# Taux d'hospitalisation (/100 000 hab) par classe d'âge



# Taux hebdomadaires de nouvelles admissions COVID 19 en soins critiques par classe d'âge ( /100 000 hab)



3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

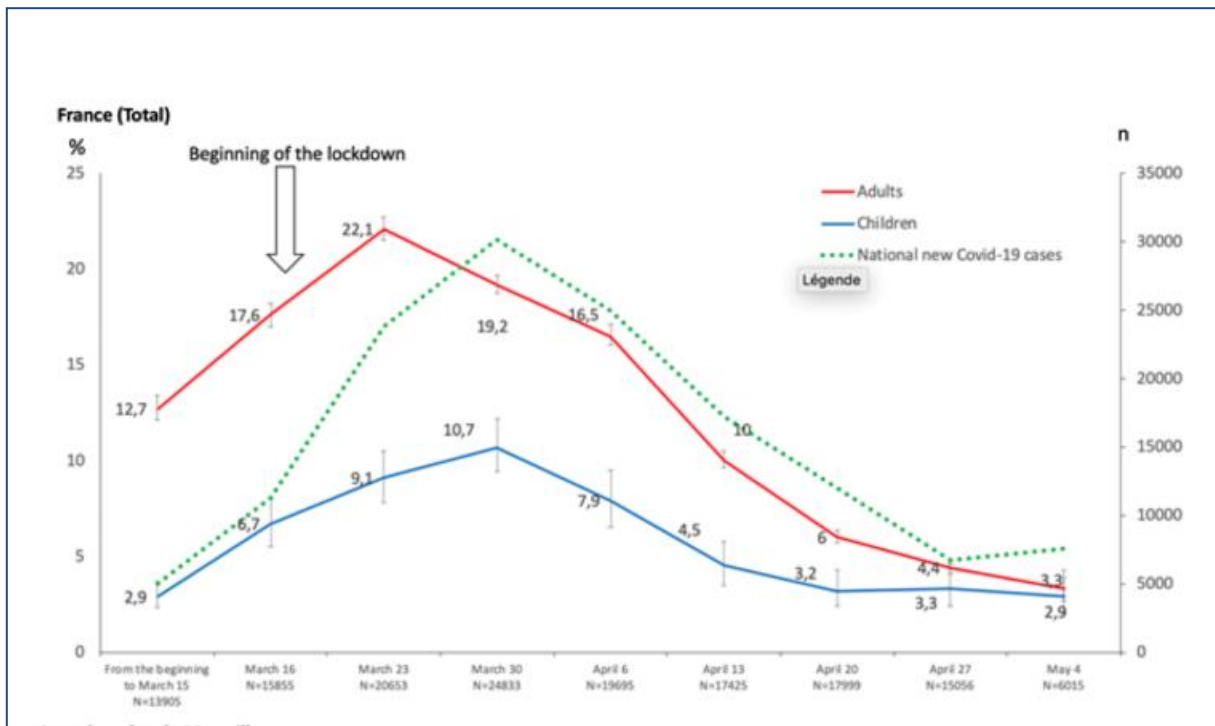
## TRANSMISSIBILITÉ - CONTAGIOSITÉ



# Transmissibilité

- **Jeune enfant serait plutôt moins transmetteur**
- Transmission directe adulte => enfant plus importante notamment dans les familles
- En revanche, **risque de transmission indirecte probablement plus important**
  - Via les mains et les objets notamment chez les plus jeunes : Contamination possible des objets et surfaces inertes
- Le parent / l'adulte accompagnant l'enfant a de fortes chances d'être celui qui l'a contaminé et donc d'être porteur

# Comparaison du % de prélèvements positifs / prélèvements réalisés f° de l'âge



Quelque soit le stade épidémique et l'indication, la PCR était moins souvent + chez l'enfant que chez l'adulte

Volume 26, Number 10—October 2020

*Research Letter*

Culture-Competent SARS-CoV-2 in Nasopharynx of Symptomatic Neonates, Children,

Arnaud G. L'Huillier<sup>1</sup>, Giulia Torriani<sup>1</sup>, Fiona Pigny, Laurent Kaiser, and Isabella Eckerle✉

## An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age

Terry C. Jones<sup>1,2</sup>, Barbara Mühlemann<sup>1,3</sup>, Talitha Veith<sup>1,3</sup>, Marta Zuchowski<sup>4</sup>, Jörg Hofmann<sup>4</sup>, Angela Stein<sup>4</sup>, Anke Edelmann<sup>4</sup>, Victor Max Corman<sup>1,3</sup>, Christian Drosten<sup>1,3</sup>

Plusieurs études suggèrent en revanche que la charge virale des enfants est comparable à celle de l'adulte quand la PCR est positive

# COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families

PEDIATRICS Volume 146, number 2, August 2020:e20201576

Klara M. Posfay-Barbe, MD,<sup>a</sup> Noemie Wagner, MD,<sup>a</sup> Magali Gauthier, MD,<sup>b</sup> Dehlia Moussaoui, MD,<sup>c</sup> Natasha Loevy, MD,<sup>d</sup> Alessandro Diana, MD,<sup>e,f</sup> Arnaud G. L'Huillier, MD<sup>a,g</sup>

## Hôpitaux de Genève

- 4910 patients → 40 enfants (0,9% des infectés)
- 79 % des enfants infectés avaient  $\geq 1$  adulte malade avant eux
- 8% avaient développés des symptômes les premiers

- Dans les familles, les enfants SARS-CoV-2 +
- sont rarement le cas index (<10%)
  - essentiellement des cas secondaires

Patient →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	Total	Symptomatic		
RT-PCR CT value	16	22	21	22	30	34	34	19	32	33	26	31	16	16	14	17	24	33	16	19	13	28	20	23	24	38	24	32	34	37	34	28	35	32	31	35	36	32	36	n	n (%)		
Mother	+	+	+	+	-			+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-		39	36 (92)		
Father	-			+	+	+		+		+	+		+		+		+	+	+	+	+	+	+	+	+			+									+	+		32	24 (75)		
Adult sibling 1																	+							+	+															8	8 (100)		
Adult sibling 2																																									8	8 (100)	
Grandparent1							+							+																								+	+		7	5 (71)	
Grandparent2														+																											7	5 (71)	
Other Adult																																						+			2	2 (100)	
Pediatric sibling 1				-	+			-					+						+									+													23	10 (43)	
Pediatric sibling 2																																											
Pediatric sibling 3																																											
Pediatric sibling 4																																											

## Coville: RT-PCR and serology results by contact with a person with confirmed and/or suspected COVID-19

Cohen R. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.12.20129221v2>

Contact	Overall n=543*	Positive serology n=63	Negative serology n=480	Positive RT-PCR SARS-CoV-2 n=11	Negative RT-PCR SARS-CoV-2 n=532
<b>Confirmed COVID-19</b>	93 (17.1) [14.1; 20.6]	29 (46) [22.0; 41.6]	64 (68.8) [58.4; 78.0]	5 (5.4) [1.8; 12.1]	88 (94.6) [87.9; 98.2]
<b>Suspected COVID-19</b>	175 (32.2) [28.3; 36.3]	26 (41) [9.9; 21.0]	149 (85.1) [79.0; 90.0]	4 (2.3) [0.6; 5.7]	171 (97.7) [94.3; 99.4]
<b>Confirmed/ Suspected COVID-19</b>	268 (49.4) [45.1; 53.6]	55 (87) [15.9; 25.9]	213 (79.5) [74.1; 84.1]	9 (3.4) [1.5; 6.3]	259 (96.6) [93.7; 98.5]
<b>No contact</b>	275 (50.6) [46.4; 54.9]	8 (3) [1.3; 5.7]	267 (97.1) [94.3; 98.7]	2 (0.7) [0.1; 2.6]	273 (99.3) [97.4; 99.9]

- Seuls 2 des 275 (0,7 %) enfants n'ayant eu aucun contact avec un cas index avaient une PCR +
- Parmi les sérologies positives, 87% ont eu un contact confirmé ou suspecté avec un cas index

*Somekh E PIDJ July 2020*

*Li W CID Mai 2020*

- **13 familles (nombreuses) avec 1 cas index : 12 adultes, 1 adolescent**
- **PCR + chez les contacts testés**
  - Chez 21 des 36 adultes (58.3%)
  - Chez 13 des 40 enfants de 5 à 17 ans (32,5%) RR : 0,62
  - Chez 2 des 18 enfants de 0 à 4 ans (11,8%) RR : 0,47

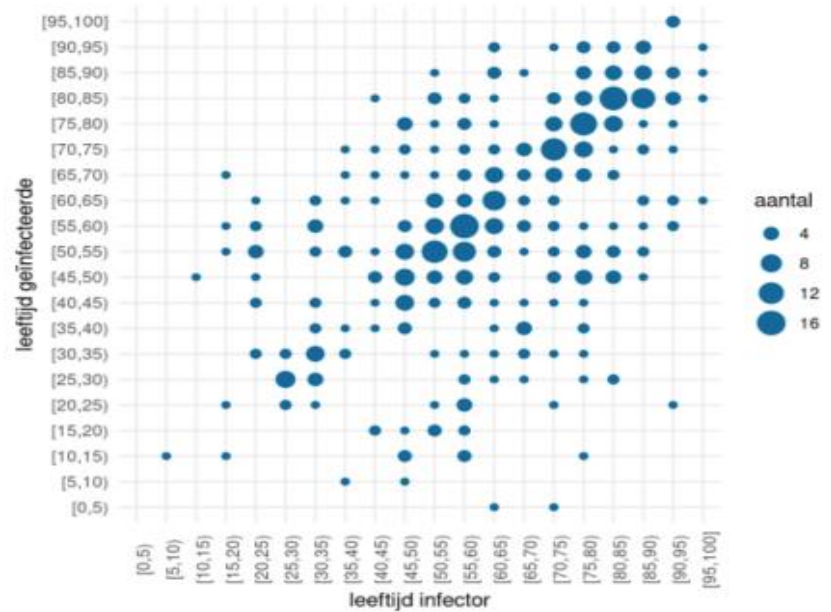
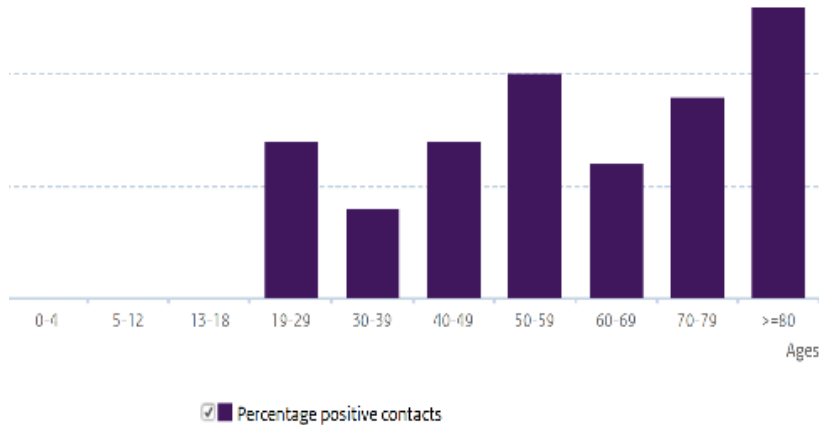
	Infected Cases, n	Total Contacts, n	Secondary Attack Rates, %	OR (95% CI)	P
General transmission rate	64	392	16.3	...	
Symptomatic transmission rate	55	392	14	...	
<b>Gender of contacts</b>					
Female	31	181	17.1	0.92 (.51–1.64)	.78
Male	33	211	15.6	...	
<b>Ages of contacts</b>					
<18 years	4	100	4	0.18 (.06–.54) <sup>a</sup>	.002
0–5 years	1	44	2.3	...	
6–17 years	3	56	5.4	...	
≥18 years	60	292	20.5	...	
18–30 years	12	55	21.8	...	
31–40 years	14	76	18.4	...	
41–50 years	9	35	25.7	...	
51–60 years	18	71	25.3	...	
>60 years	7	55	12.7	...	

Quand un cas index adulte ou adolescent survient dans une famille, les jeunes enfants sont moins atteints



## Infected contacts according to the age of the source patient

% infected contacts



- Le risque de cas secondaire diminue avec l'âge des sujets
- Le nombre de cas secondaires paraît moins important quand les sujets sont jeunes

# Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study

*Kristine Macartney, Helen E Quinn, Alexis J Pillsbury, Archana Koirala, Lucy Deng, Noni Winkler, Anthea L Katelaris, Matthew V N O'Sullivan, Craig Dalton, Nicholas Wood, and the NSW COVID-19 Schools Study Team\**

**Lancet Child Adolesc Health 2020**

- 27 cas (12 enfants et 15 adultes) identifiés dans 15 écoles et 10 crèches
- 1 448 contacts dans les écoles dont 43,7% ont été testés (PCR+/-)
- 18 cas secondaires ; 5 dans 3 écoles et 13 dans une maternelle
- Taux d'attaque globale : 1,2%, taux d'attaque dans la crèche 35%
- Taux de transmission
 

adulte → adulte	:	4	%
adulte → enfant	:	1,5	%
enfant → enfant	:	0,3	%
enfant → adulte	:	1	%

- Cette étude montre que les enfants sont peu contaminés et peu contaminants
- Le risque dans les écoles paraît faible mais non nul et variable d'un lieu scolaire à l'autre
- Principale limite : l'étude a eu lieu en Australie alors que le nombre de cas était relativement limité et la fréquentation des écoles plutôt modeste



## EMERGING INFECTIOUS DISEASES®

EID Journal > Volume 26 > Early Release > Main Article > Table 2

*Disclaimer: Early release articles are not considered as final versions. Any changes will be reflected in the online version in the month the article is officially released.*

Volume 26, Number 10—October 2020

Dispatch

### Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020

Young Joon Park<sup>1</sup>, Young June Choe<sup>1</sup>, Ok Park, Shin Young Park, Young-Man Kim, Jieun Kim, Sanghui Kweon, \*

- Dans les familles, les 0-9 ans seraient peu souvent responsables de contaminations secondaires, les adolescents qui feraient partie des plus transmetteurs comme les sujets âgés

Rates of coronavirus disease among household and nonhousehold contacts, South Korea, January 20–March 27, 2020

Index patient age, y	Household		Nonhousehold	
	No. contacts positive/no. contacts traced	% Positive (95% CI)	No. contact positive/no. contacts traced	% Positive (95% CI)
0–9	3/57	5.3 (1.3–13.7)	2/180	1.1 (0.2–3.6)
10–19	43/231	18.6 (14.0–24.0)	2/226	0.9 (0.1–2.9)
20–29	240/3,417	7.0 (6.2–7.9)	138/12,393	1.1 (0.9–1.3)
30–39	143/1,229	11.6 (9.9–13.5)	70/7,407	0.9 (0.7–1.2)
40–49	206/1,749	11.8 (10.3–13.4)	161/7,960	2.0 (1.7–2.3)
50–59	300/2,045	14.7 (13.2–16.3)	166/9,308	1.8 (1.5–2.1)
60–69	177/1,039	17.0 (14.8–19.4)	215/7,451	2.9 (2.5–3.3)
70–79	86/477	18.0 (14.8–21.7)	92/1,912	4.8 (3.9–5.8)
≥80	50/348	14.4 (11.0–18.4)	75/1,644	4.6 (3.6–5.7)
Total	1,248/10,592	11.8 (11.2–12.4)	921/48,481	1.9 (1.8–2.0)

## ETUDE VIGIL / OBSERVATOIRE NATIONAL du 2/11/2020- 1/04/21:

79 pédiatres ( ville +urg ped) ,

2591 enfants symptomatiques ayant eu PCR ou test ag

### Facteurs associés à un test +:

- \* Céphalées (OR 1.7 [1.0;2.9])
- \* Age (adolescents, OR 2.8 [1.2;6.5])
- \* Enfants âgés 1-36 mois à la maison: OR 2.9 [1.8;4.8])
- \* Contact avec **un adulte ou un enfant infecté à la maison**
  - \* Adulte maison , OR 21.1 [13.6;32.7];
  - \* Enfant maison , OR 16.1 [4.3;60.0])
  - \* Adulte infecté à l'extérieur OR 10.4 [5.7;18.8]

	Total	Vigil 1	Vigil 2	Vigil 3	Vigil 4	Vigil 5
Dates		Jun, 1, 2020, Jul 31, 2020	Nov 2020/Dec, 2020	Janv 2021/fev 2021	15 fev 2021/ 30 Juin 2021	Sept 2021
Variant Delta		0	0	Implantation	Dispersion	>90%
N	5424	1553	735	1 203	1 664	298
Nb de centres	102	73	48	72	62	45
Mean age±SD (Median) in years	3.8 ± 3.4 2.8	3.5±3.6 2	3.5±3.5 2	3.9±3.2 3	4.0±3.4 3	4.4±3.5 3
≤3 mois	170 (3.3%)	57 (3.9%)	44 (6.3%)	20 (1.7%)	46 (3.0%)	3 (1.1%)
PCR+ ou ag+ IC 95%	317 (5.8%) [5.2;6.5]	22 (1.4%) [0.9;2.1]	53 (7.2%) [5.4;9.3]	74 (6.2%) [4.9;7.7]	153 (9.2%) [7.8;10.7]	19 (6.4%) [3.9;9.8]
PCR+ ou ag+ Si Contact IC 95%	224 (21.3%) [18.8;23.8]	7 (8.5%) [3.5;16.8]	35 (20.7%) [14.9;27.6]	51 (18.0%) [13.7;23.0]	119 (25.2%) [21.4;29.4]	14 (25.9%) [15.0;39.7]

- Etude de prévalence reflètent la prévalence dans la communauté
- Les études estimant que les fermetures d'écoles ont un effet significatif sur la réduction des taux de transmission ont des facteurs confondants
- Pas de prise en compte du télétravail induit par la fermeture des écoles
  
- Avec le variant delta les règles de bases restent valables:
  - Variants sont + transmissibles pour tous
  - Faible taux d'attaque secondaire et rareté des clusters à point de départ pédiatrique, contamination intrafamiliale++
  - Formes sévères hospitalisés restent rares
  - Bénéfices sociaux et éducatifs apportés par l'école sont supérieurs aux risques d'une éventuelle contamination
  
- La fermeture des écoles ne doit pas être une variable d'ajustement
- Vaccination des ados ++ , quid des plus jeunes?

PROPOSITIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE ET DES SOCIÉTÉS DE SPÉCIALITÉS  
 PÉDIATRIQUES POUR FAVORISER LE RETOUR DES ENFANTS AVEC MALADIE CHRONIQUE DANS  
 LEUR ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

26 avril 2020



- ▶ Majorité des enfants infectés au contact d'adultes
- ▶ Les enfants ne sont pas le vecteur principal de l'épidémie
- ▶ Les symptômes sévères sont exceptionnels chez l'enfant
- ▶ **Stopper les effets délétères du confinement**
  - ▶ Maltraitance: augmentation de 89% des appels au 119 en avril
  - ▶ Accidents domestiques
  - ▶ Décrochages scolaires, repli, dépressions, phobies scolaires
  - ▶ Recours aux écrans plusieurs heures par jour
  - ▶ Difficultés éducatives, familles monoparentales, isolement
  - ▶ Retards diagnostic
- ▶ **Offrir à l'enfant l'environnement socio-éducatif nécessaire à son développement**
- ▶ Précautions d'hygiène utiles pour prévenir la transmission des virus hivernaux
- ▶ Retour à une vie collective organisé de manière progressive



3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

## CLINIQUE

- **Pas de signes spécifiques**
  - Fièvre
  - Toux, rhino, sifflements
  - Diarrhée, vomissements
  - Dysphagie
  - Eruptions cutanées non spécifiques
  - Troubles neurologiques
- **Les signes + spécifiques de l'adulte sont plus rares avant 10 ans**
  - Anosmie-agueusie
  - Acrocyanose



Pediatric	Adult
48.5 - 54%	Cough — 80%
41.5 - 56%	Fever — 71%
13%	Shortness of breath — 43%
7.2 - 7.6%	Runny nose — 6.9%
23%	Myalgia — 61%
24%	Sore throat — 35%
28%	Headache — 58%
6.5 - 11%	Nausea/ Vomiting — 16%
8.8 - 13%	Diarrhea — 31%



# Etude PANDOR n ± 400, patients hospitalisés, France

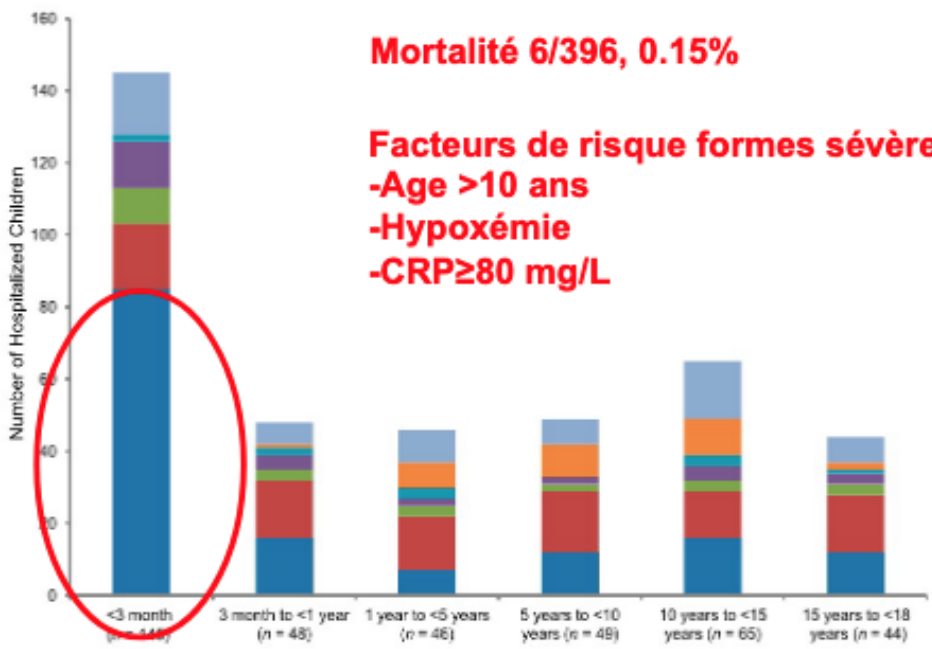
- 37 % formes pauci-symptomatiques, hospitalisées pour surveillance :
  - patients en début d'épidémie
  - moins de 3 mois
- 40 % sont des patients suffisamment malades pour être hospitalisés
  - Formes pulmonaires (±50%)
  - PIMS (± 20%)
  - Fièvre isolée (±15%)
  - Forme digestive (± 15%)
- 10 à 20 % ont une pathologie sous jacente grave possiblement aggravée par l'infection/hospitalisés pour un autre diagnostic
- Signes biologiques
  - CRP = 5 mg/L {IQR, 2–36} sauf formes grave
  - Lymphopénie 27 %

- Pattern 4: final diagnosis not related to SARS-CoV-2 (n = 62)
- Pattern 2: isolated fever (n = 28)
- Pattern 3: MIS-C (n = 29)
- Pattern 2: digestive form (n = 24)
- Pattern 2: other form (n = 11)
- Pattern 2: LRTI (n = 95)
- Pattern 1: paucisymptomatic (n = 148)

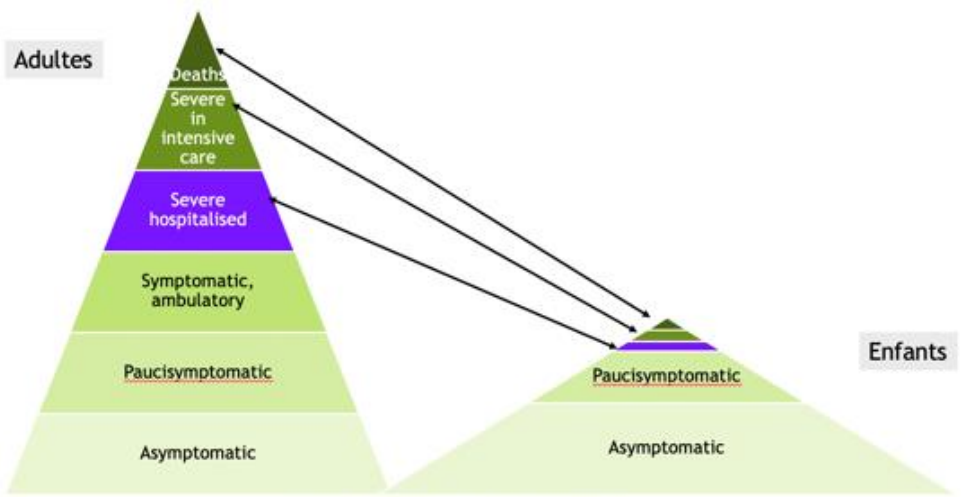
**Mortalité 6/396, 0.15%**

**Facteurs de risque formes sévères:**

- Age >10 ans**
- Hypoxémie**
- CRP≥80 mg/L**



Ouldali N Pediatrics. 2021 Mar;147(3):e2020023432.



SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2



# ENFANTS A RISQUE DE FORME GRAVE

- Obésité morbide
- Diabète en particulier mal équilibré
- Cardiopathie à risque de décompensation, HTA non équilibrée
- Insuffisance respiratoire chronique, maladie neuromusculaire
- Incompétence immunitaire

3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

## PRISE EN CHARGE

- Protocoles et circuits de soins spécifiques
- Traitements symptomatiques habituels
- Précautions et protocole d'hygiène spécifiques
- Limiter le risque d'aérosolisation
- Corticothérapie: indication de Dexaméthasone pendant 10j pour les patients avec détresse respiratoire nécessitant de l'O2
- Anticoagulation à discuter pour les formes graves notamment chez les patients pubères
- Traitement spécifique du PIMS

Recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients infectés à SARS-CoV2

Version 5 du 07/11/2020

SRLF-SFAR -GFRUP-SPILF-SPLF-SFMU

Mise en œuvre avec la mission COREB nationale

Membres du groupe d'experts :

SRLF : Michael Darmon,<sup>1</sup> Eric Mariotte,<sup>1</sup> Elise Morawiec,<sup>2</sup> David Schnell<sup>3</sup>, Eric Maury<sup>4</sup>

SFAR : Jean-Michel Constantin,<sup>5</sup> Philippe Montravers<sup>6</sup>, Marc Garnier,<sup>7</sup> Benjamin Chousterman,<sup>8</sup> Olivier Joannes-Boyau<sup>9</sup>

SPILF: Benoit Guery,<sup>10</sup> Simon Bessis,<sup>11</sup> Nadia Saidani<sup>12</sup>

GFRUP : Sylvain Renolleau<sup>13</sup>

# Mesures de protection en ambulatoire

- Mesures barrières
- Port du masque / FFP2 si soins à risque d'aérosolisation
- Aération des espaces fermés entre chaque consultation
- Nettoyage des surfaces et objets ayant été en contact avec les enfants
- Pas de jeux ou objets partagés dans les salles d'attente



3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



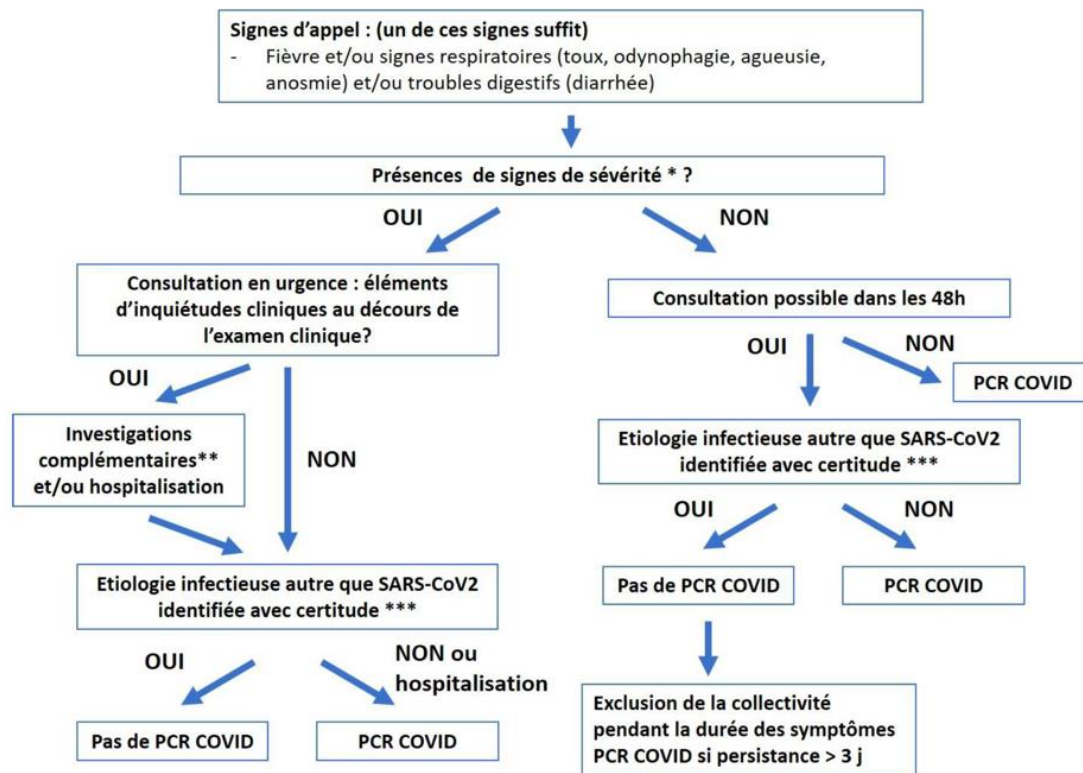
[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

## QUAND TESTER? QUEL TEST?

# Indications de test aux urg pédiatriques

- Fièvre (sauf autre diagnostic confirmé)
- Et/ou symptômes ORL : rhinorrhée, pharyngite, odynophagie
- Et/ou symptômes respiratoires : toux, dyspnée (sauf réaction allergique, syndrome de pénétration)
- Et/ou symptômes digestifs : diarrhées, vomissements hors cause évidente
- Et/ou toute décompensation de pathologie chronique
- Hospitalisation si non vacciné (notamment pour chambre double)

Enfant de plus de 6 ans

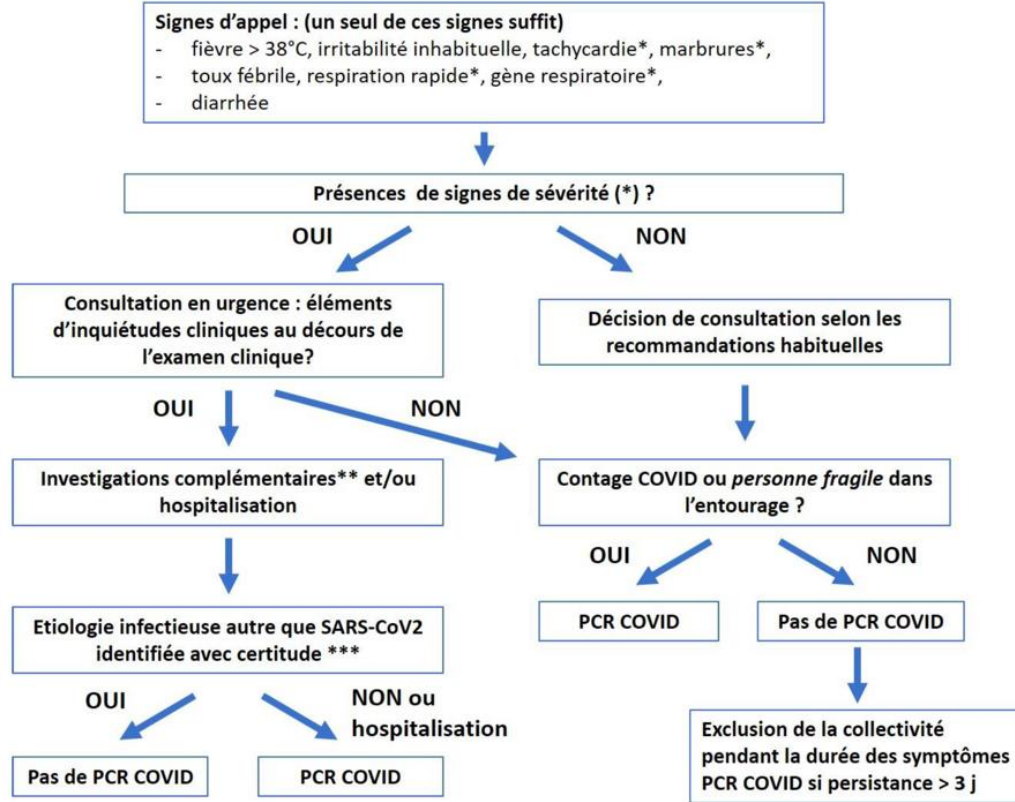


\* Signes de sévérité = signes de sepsis, détresse respiratoire

\*\*Ne pas oublier les diagnostics différentiels d'infection bactérienne sévère

\*\*\*par exemple diagnostic de pyélonéphrite aiguë, angine à SGA, varicelle

## Enfant de moins de 6 ans



\* Signes de sévérité

\*\*Ne pas oublier les diagnostics différentiels d'infection bactérienne sévère

\*\*\*par exemple diagnostic de pyélonéphrite aiguë sans signes respiratoires associés, angine à SGA, varicelle



## MON ENFANT EST CAS CONTACT\* D'UNE PERSONNE POSITIVE AU COVID 19

**RÈGLE D'OR** : test de dépistage sans délai, isolement et retrait de la collectivité jusqu'au résultat du test

En cas de résultat +



Isolement de 10 jours minimum<sup>(1)</sup>

à partir du 1er symptôme ou du résultat du test, et, si fièvre à J10, minimum 48h après la fin de la fièvre

En cas de résultat -  
(ou en l'absence de test)

Mon enfant est vacciné\*\*

Mon enfant n'est pas vacciné\*\*



La personne positive est membre du foyer (se ne peut être isolée du contact)

La personne positive n'est pas membre du foyer

Isolement non obligatoire<sup>(1)</sup>

Gestes barrières, port du masque à la maison et à l'extérieur, information de l'entourage

Test PCR ou TAG<sup>\*\*\*</sup>

à J+7 du dernier contact

ou à J+17 si la personne positive est membre du foyer

Isolement de 17 jours<sup>(1)</sup>

après le résultat du test et/ou le début des symptômes et

Test PCR ou TAG<sup>\*\*\*</sup>

à la fin de l'isolement

En l'absence de test pour les > 6 ans, isolement prolongé à 24 jours min<sup>(1)</sup>

Isolement de 7 jours<sup>(1)</sup>

après le dernier contact et

Test PCR ou TAG<sup>\*\*\*</sup>

à la fin de l'isolement

En l'absence de test pour les > 6 ans, isolement prolongé à 14 jours min<sup>(1)</sup>

**FIN D'ISOLEMENT** si résultat négatif et en l'absence de symptômes et **GESTES BARRIÈRES STRICTS** pendant 7 jours, puis maintien des gestes barrières standards

Ces conseils sont donnés à titre indicatif. Au moindre doute vous devez contacter un médecin ou le centre 15.

\* Un cas contact désigne toute personne ayant eu, en l'absence de protection efficace (masque chirurgical ou équivalent norme AFNOR T1, un contact à moins de 2m, quel que soit le délai elufu dans un espace confiné pendant au moins 15 minutes consécutives. Définition des cas contacts à risque : <https://bit.ly/2CzCMYy> (ameil.fr)

\*\* Une personne est vaccinée quand elle a reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis au moins 7 jours

\*\*\* Test TAG = Test AntiGénique

**mpedia.**  
spécialiste de l'enfant

**AFPA**  
Association Française de Pédiatrie  
Associative Française de Pédiatrie

Infographie mise à jour  
en septembre 2021

<sup>(1)</sup> <https://www.gouvernement.fr/info-constructionnel> ; <https://www.education.gouv.fr/med-19-questions-reponses> ; <https://www.ami.fr/annuaire/medecins-19/comprendre-le-covid-19-en-pratiquant-le-cas-de-contact-avec-une-personne-malade-de-la-covid-19>

© Conception graphique Agence doo.fr / Illustrations Léa's Press

## COVID & COLLECTIVITÉ : LES BONNES PRATIQUES DES PARENTS



↓ 38.5° ✓ **Je ne confie pas mon enfant**

- S'il présente de la fièvre (température > 38°) ou tout autre symptôme infectieux (toux fébrile, diarrhée, vomissements...);
- S'il est testé positif au Covid-19 ;
- S'il est identifié comme contact à risque.\*

✓ **J'informe les structures d'accueil**

- De tout résultat positif à un test de dépistage PCR pour mon enfant et/ou l'un des membres de mon foyer.



✓ **Je prends l'avis d'un médecin**

- Pour tous : en cas de **fièvre mal tolérée**, si son comportement est inhabituel, si son état vous semble inquiétant, ou si un adulte de l'entourage proche a une **PCR positive** ;
- Pour les moins de 6 ans : en cas de **fièvre (température > 38°)** qui se prolonge **au-delà de 3 jours** ;
- Pour les plus de 6 ans : dans les 48 heures.



ET AUSSI...

- ✓ Je me tiens à la disposition des équipes en charge du contact-tracing ;
- ✓ Je fournis une attestation sur l'honneur pour le retour en collectivité de mon enfant si on me le demande ;
- ✓ Je respecte les gestes barrières dans mon foyer et à l'extérieur.

\*contact à risque = personne ayant été en contact prolongé (> à 15min), intrafamilial, contacts répétés), et/ou sans protection efficace (masque et distanciation > à 1m).

**mpedia.**  
spécialiste de l'enfant

Pour des parents bien informés.

17/09/2020 - Source : Sociétés savantes de pédiatrie

© Conception graphique Agence doo.fr / Illustrations Léa's Press

# Depuis le 29/11

- Masque obligatoire à partir de l'école élémentaire depuis le 15/11
- Dépistage/cas positif

Progressivement, à partir  
du 29 novembre 2021

COVID-19

**Pas de fermeture  
systématique de classe**  
dès le 1<sup>er</sup> cas de Covid-19  
en maternelle et en  
élémentaire, mais  
un **dépistage de  
toute la classe.**



Le protocole de contact-tracing prévoit pour l'ensemble des départements, quel que soit le niveau de protocole applicable :

## Écoles

- Après un cas confirmé, poursuite des apprentissages en présentiel pour les élèves testés négatifs
- Apprentissages à distance pour les élèves testés positifs et isolement pendant 10 jours avant retour en classe
- Les familles sont invitées à réaliser un nouveau dépistage au bout de 7 jours
- L'apparition de trois cas confirmés parmi les élèves conduit à la fermeture de la classe pour une durée de 7 jours

## Collèges et lycées

- Les élèves contact à risque sans vaccination complète poursuivent pendant 7 jours les apprentissages à distance
- Les élèves contact à risque justifiant d'une vaccination complète poursuivent les cours en présentiel

# PCR

- Amplification de séquences d'ARN viral par réaction de polymérisation en chaîne
- Charge Virale (CV) = nombre de cycles nécessaires pour obtenir une détection
- Plus le nombre de cycles nécessaires est élevé, moins il y a d'ARN et plus la quantité de virus est faible
- Très sensible pour un diagnostic
- La mesure de la contagiosité basée sur les charges virales implique une qualité de prélèvement optimale

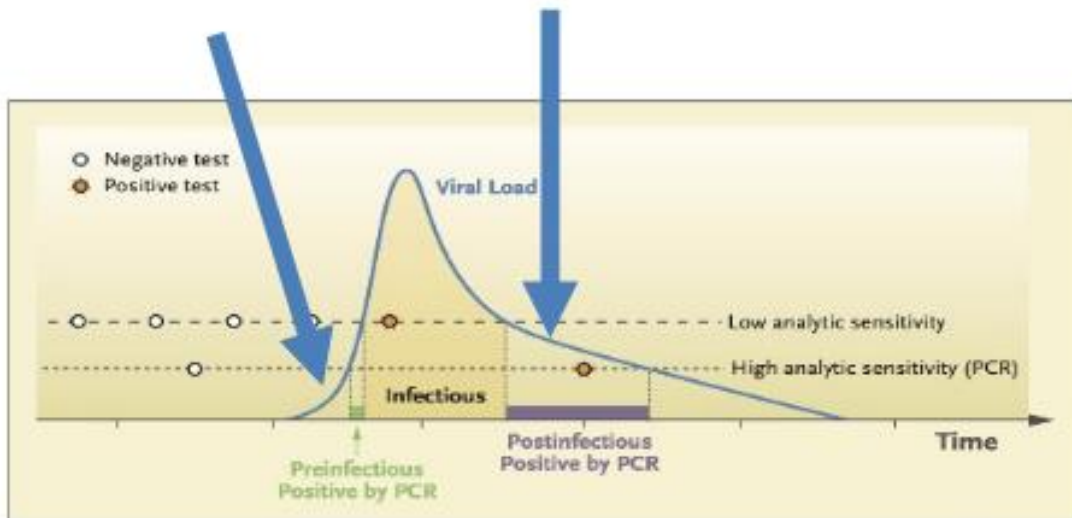
# Autres Tests

- Test antigénique
  - Détection directe d'une protéine spécifique du virus dans le prélèvement  
Pas d'amplification donc moins sensible  
Pas de mesure possible de la quantité de virus
  - Evaluer le risque de contagiosité un jour donné  
Devant un malade et en début de maladie (4-5 premiers jours)  
Rattacher ses symptômes à la COVID-19  
Une moins bonne indication : contact COVID +
- Test salivaire
  - actuellement en PCR : possible que dans les labo qui ont validé la méthode
  - La CV dans la salive est ininterprétable
- Autotest
  - Peut être utilisé, notamment dans le cadre d'un dépistage collectif
  - Au moindre doute, en cas de symptômes ou de contact avec une personne testée positive à la Covid, le test RT-PCR est recommandé
  - Intérêt que si fait régulièrement, c'est-à-dire au moins 1fois /semaine.

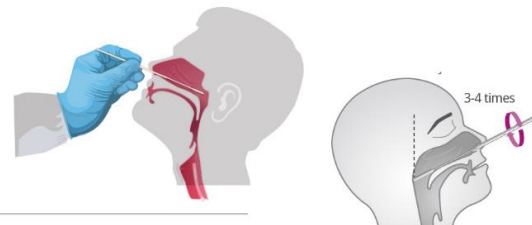
## Pourquoi des faux Négatifs ?



- Test de qualité insuffisante
- Qualité du prélèvement insuffisante
- Pas le bon moment



High-Frequency Testing with Low Analytic Sensitivity versus Low-Frequency Testing with High Analytic Sensitivity.



3 & 4 décembre 2021

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

- Merci pour votre attention
- Equipe d'infectiologie pédiatrique
  - Drs Favier Marion, Pauquet Emilie et Ros Barbara.
  - Tel d'astreinte: 06.16.34.05.83
  - Mail: [infectio-pedia@chu-bordeaux.fr](mailto:infectio-pedia@chu-bordeaux.fr)

