

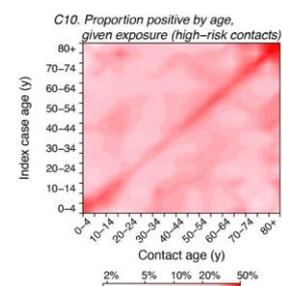
A - PLACE DE L'ENFANT DANS LA TRANSMISSION DE SARS-COV2 : DONNEES LES PLUS RECENTES DE LA LITTERATURE

1. L'enfant, et en particulier l'enfant < 10 ans, ne contribue pas significativement à la transmission de SARS-CoV2 : très faible taux d'attaque secondaire à partir des enfants ; rareté des clusters à point de départ pédiatrique

- Expérience Irlandaise (Heavey et al. Euro Surveill 2020 ;25(21) :pii=2000903)
Etude de la transmission dans les écoles avant leur fermeture. 3 cas 10-15 ans et 3 cas adultes identifiés dans les écoles. Dépistage de 1001 enfants au contact : aucun cas secondaire
- Expérience anglaise (Ismael et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.21.20178574v1>). Surveillance quotidienne en Angleterre à la réouverture des écoles. Seulement 70 cas sur plus d'un million d'enfants maternelles + primaire. Seulement 0,01% des établissements concernés par une épidémie. 22 des 30 épidémies sont à point de départ adulte.
- Transmission intra-familiale : expérience de Guangzhou (Jing et al. Lancet Infect Dis 2020, June 17)
Etude rétrospective de 195 clusters intra-familiaux. Taux d'attaque secondaire : 12,4% à 17,1% selon la définition utilisée pour le « household ». Risque d'infection le plus bas dans le groupe des moins de 20 ans (OR 0.23 [0.11-0.46] vs les plus de 60 ans). Transmission est la plus élevée durant la période d'incubation.
- Transmission intra-familiale : expérience suisse (Posfay-Barbe et al. Pediatrics 2020 ;146 :e20201576). Evaluation rétrospective de 40 cas < 16 ans parmi 4310 patients. 111 contacts intra-familiaux autour de ces 40 cas. Enfant suspecté être le 1^{er} cas intra-familial que dans 8% des cas.
- Editorial accompagnant l'article de Posfay-Barbe et al : « COVID-19 Transmission and Children : The Child Is Not to Blame » (Lee and Raszka, Pediatrics 2020 ;146 :e2020004879
- Contaminations au sein des établissements scolaires : expérience australienne (Macartney et al. Lancet Child Adol Health 2020; 3 August).
Dépistages autour de 12 enfants et 15 adultes dans 15 écoles (6 ans et +) et 10 maternelles/crèches (6 semaines-5 ans). 5 cas secondaires/914 contacts dans les écoles (taux d'attaque secondaire 0,5%). Aucun cas secondaire dans 9/10 maternelles/crèches (497 cas contacts). Une épidémie dans 1 crèche (<3 ans) : 6 adultes et 7 enfants sur 35 cas contacts (taux d'attaque 35,1%). Tous établissements confondus : taux d'attaque enfant à enfant : 0.3%, enfant à adulte : 1%, adulte à enfant : 1,5%, adulte à adulte : 4,4%. Pour la crèche « épidémique » : transmissions adultes-adultes et adultes-enfants.
- Transmission entre écoliers : expérience française (Danis et al. CID 2020 ;71(15):825-832). Rapport du dépistage autour du garçon de 9 ans dans les Alpes : 80 écoliers dans 3 classes. Pas de cas secondaire.
- Expérience coréenne : dépistage autour des cas index (=1^{er} cas identifié) (Park et al. Emerg Infect Dis. 2020 Oct;26(10):2465-2468)

Evaluation de 59073 contacts autour de 5706 cas index (20/01/20-27/03/20). Seulement 29 cas index 0-9 ans (0.5%) et 124 cas index 10-19 ans (2.2%) : l'enfant est peu initiateur d'enquêtes. Nombre d'infectés retrouvés par l'enquête est nettement supérieur au domicile qu'en dehors du domicile (11.8% vs 1.9%). Taux de cas autour du cas index (on ne sait pas en réalité si le « cas index » (=1^{er} identifié) est bien le transmetteur) est retrouvé le plus bas chez les 0-9 ans (5.3% domicile vs 1.1% hors domicile). Le taux est par contre élevé autour des 10-19 ans (18.6% domicile vs 0.9% domicile)

- Expérience de Rhode Island (<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6934e2-H.pdf>). Surveillance des transmissions dans les collectivités d'enfants (0-12 ans) après leur réouverture (01 juin-31 juillet). 666 réouvertures autorisées avec port du masque par les adultes. 25 situations avec 1 cas sans transmission secondaire. 4 situations avec possible transmission secondaire.
- Revue générale « On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community » (Golstein et al. Non encore accepté : medRxiv. 2020 Jul 24:2020.07.19.20157362)
 - o « There is evidence that susceptibility to infection in children under the age of 10y is significantly lower compared to adults » : 9 études analysées
 - o « There is evidence that susceptibility to infections in adults aged over 60y is elevated compared to younger/middle-age adults » : 4 études analysées
 - o « There is limited evidence in the literature regarding age-related differences in infectivity » : 6 études analysées. Mais globalement tendance à taux d'attaque secondaire plus bas chez les jeunes
- Cette capacité réduite de l'enfant à transmettre l'infection semble indépendante de la charge virale mesurée par PCR, celle-ci semblant identique chez les enfants et adultes symptomatiques (Jones TC et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125484v1> ; L'Huillier AG et al. Emerg Infect Dis. 2020 Jun 30;26(10)), voire même plus élevée chez les jeunes enfants (Heald-Sargent et al. JAMA Pediatr 2020 Jul 30:e203651).
- **NOUVEAU 27/10/2020** : Etude sur les taux de transmissions dans deux régions d'Inde : Laxminarayan et al. Science, 10.1126/science.abd7672 (2020). Sur une cohorte initiale de 3084885 cas contacts de 435539 cas index, l'étude analyse les données complètement disponibles de 575071 cas contacts (19% de la cohorte initiale) de 84965 cas index, assumés comme étant les transmetteurs. Un élément troublant dans cette étude est qu'aucun contact infecté n'est retrouvé dans les enquêtes autour de 71% des cas index
 - o Les enfants 0-17 ans sont rarement initiateurs d'une chaîne de transmission et ne représentent que 7,1% des cas index (n=6063)
 - o Le caractère peu transmetteur des enfants et en particulier des jeunes enfants est renforcé. Parmi les 28 367 contacts à haut risque infectés, seuls 220 (<1%) sont attribués à des index 0-4 ans et 1 686 (6%) à des index 5-17 ans. Par comparaison, les index 18-39 ans sont à l'origine de 43% des contacts à haut risque infectés.
 - o Le taux d'attaque secondaire le plus élevé est observé au domicile
 - o Les enfants sont néanmoins capables de transmettre l'infection aux contacts avec lesquels ils sont en interactions répétées, sans protection. Parmi les contacts à haut risque, le taux de positivité est plus élevé



dans la même classe d'âge que le cas index, notamment chez l'enfant et les personnes âgées (Fig). La contribution des enfants à la dynamique épidémique reste très faible : 13 des 363 contacts 0-4 ans à haut risque infectés (4%) l'ont été à partir d'enfants 0-4 ans et 308 des 2 715 contacts 5-17 ans à haut risque infectés (11%) l'ont été à partir d'enfants 5-17 ans. Les auteurs évoquent le rôle des particularités des relations intergénérationnelles en Inde, physiques et sociales, dans ce résultat. Les 0-17 ans représentent 11% des contacts à haut risque (n=29973), contribuant également à une sur-représentation de la même classe d'âge pour les index 0-17 ans.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Transmission dans une crèche de Pologne : Okarska-Napierała et al. Emerg Infect Dis 2020 Oct 9;27(1). Online ahead of print.

Cette étude retrace une expérience ponctuelle de cas groupés chez des adultes et nourrissons fréquentant une crèche. Il est difficile d'interpréter cette étude, car cette épidémie est décrite comme survenant malgré des règles sanitaires strictes, incluant le port d'un masque par les employés de la crèche lors des contacts avec les enfants et les parents. Néanmoins :

- Le point de départ des transmissions est lié à des cas adultes, dans la crèche (5 adultes) et très sûrement intrafamilial pour au moins deux familles.
- Des nourrissons peuvent s'infecter dans ce contexte de forte proximité avec des adultes infectés. Le rôle des nourrissons dans la transmission intrafamiliale est difficile à établir dans le cadre de cette étude, mais ne peut être exclu. Au total, 8 des 28 (29%) enfants 1-2 ans de la crèche sont infectés et 12 des 48 (25%) membres des familles des enfants infectés sont également infectés.

C'est actuellement la seule étude publiée d'épidémie en crèche.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Expérience de 3 épidémies dans des collectivités d'enfants à Salt Lake City : Lopez et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Sep 18;69(37):1319-1323. Entre le 01/04/20 et le 10/07/20, 17 collectivités de la région de Salt Lake City, incluant les camps d'enfants, ont été notifiées avec au moins deux personnes infectées (adulte ou enfant) en moins de 14 jours (« outbreak »). Les résultats montrent :

- La rareté des épidémies en collectivité. Même si le nombre total de collectivités dans cette région n'est pas donné, le nombre de 17 apparaît très faible sur une durée de plus de 3 mois.
- Dans les 3 épidémies décrites, le point de départ est un cas adulte et le taux d'infection est deux fois inférieur chez l'enfant (13/110, 12%) que chez l'adulte (18/74, 24%).
- Presque la moitié des cas infectés (n=15) sont observés dans la collectivité dans laquelle les adultes ne portaient pas de masque.
- La transmission d'enfants à adultes du domicile est possible mais rare. Parmi les 46 contacts hors collectivité de 12 enfants infectés, 7 ont une infection prouvée (supposée transmise par un nourrisson de 8 mois et 6 enfants de 6-10 ans) et 5 une infection « probable » (test non fait), soit 12 cas en plus de 3 mois.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Taux de transmission parmi les personnes gardant des enfants : expérience US. Gilliam et al. Pediatrics. 2020 Oct 14:e2020031971.

Cette étude américaine ne retrouve aucune différence de taux d'infection ou d'hospitalisation durant les 3 premiers mois de la pandémie entre des personnes ayant continué à garder des enfants, et celles qui ont stoppé cette activité. Il s'agit dans 81% des cas de gardes d'enfants qui ont moins de 6 ans. Les mesures de protection étaient variables (35% avec masque). Une analyse complémentaire cas-contrôle avec score de propension est

réalisée et conforte la conclusion : la garde d'enfants de moins de 6 ans n'expose pas à un sur-risque d'infection ou d'hospitalisation pour les adultes assumant cette charge.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Rôle des enfants dans la transmission intra-familiale : expérience de l'Utah et du Wisconsin. Laws et al. Pediatrics 2020 Oct 8;e2020027268.
Cette étude analyse 33 clusters au sein de domiciles comprenant au moins 1 enfant. Les résultats montrent :
 - La confirmation de la rareté du point de départ pédiatrique des clusters intrafamiliaux : un enfant est le cas primaire pour 1/33 clusters (3%).
 - Contrairement à de nombreuses autres études, les taux d'attaque secondaires sont identiques chez les adultes (30%) et les enfants (28%).
 - Les transmissions d'adulte à adulte ou d'adulte à enfant sont de très loin prédominantes : au sein des 33 domiciles avec enfants, 16/18 adultes infectés l'ont été par transmission adulte-adulte et 2/18 par transmission enfant-adulte ; 18/19 enfants infectés l'ont été par transmission adulte-enfant et 1/19 par transmission enfant-enfant.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Etude de 203 enfants infectés par SARS-CoV2 en Grèce (6 jours-18.4 ans, médiane 11 ans) : Maltezou et al. Pediatr Infect Dis J 2020 Oct 6. Online ahead of print.
La contamination a lieu au sein du domicile dans 74%) children for whom the source of infection was identified. Un adulte est le 1^{er} cas identifié dans 125/132 (95%) clusters familiaux. Une transmission adulte-enfant n'est observée que dans une situation.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Surveillance des épidémies en milieu scolaire : expérience de l'Allemagne de mars à août 2020. Otte Im Kampe et al. Euro Surveill 2020 Sep;25(38):2001645. Sur un total de 8841 épidémies répertoriées, impliquant 61540 cas, les écoles ne représentent que 48 situations (0,5 %), impliquant 216 cas. Parmi ces 216 cas, 102 (47%) concernent des adultes (21 ans ou plus), 39 (18%) des 15-20 ans, 45 (21%) des 11-14 ans, et seulement 30 (14%) des 6-10 ans. Cinq des épidémies en milieu scolaire sont liées à des épidémies hors école. 10/48 des épidémies en milieu scolaire ne concernent que des adultes.

- **NOUVEAU 27/10/2020** : Transmission intra-scolaire : expérience du Baden-Wurtemberg à la réouverture des écoles en mai 2020. Ehrhardt et al. Euro Surveill 2020 Sep;25(36):2001587.
Cette rentrée s'est faite avec une réduction de 50% des groupes en classe, des mesures d'hygiène renforcées, mais pas de port de masque en classe, même au lycée. Durant les 11 semaines de l'étude, 557 cas 0-19 ans sont notifiés dans la région (17.9% de l'ensemble des cas). 137 de ces cas avaient une fréquentation scolaire dans leur période infectieuse. Des cas secondaires au sein de l'établissement scolaire n'ont été observés que pour 6/137 (4%), avec un total de 11 cas secondaires (3 en pré-primaire, 1 en primaire, 4 en secondaire, et 3 en classe professionnelle). Au total, sur les 266 cas 0-19 ans dont l'origine de la transmission est documentée, le domicile représente 190 cas (71%), les événements festifs 38 cas (14%), l'école 11 cas (4%), les autres situations 23 cas (9%).

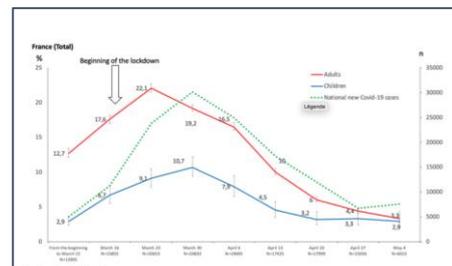
2. Il est très probable que l'enfant exposé à un cas contaminant s'infecte moins qu'un adulte.

- Expérience islandaise : dépistage populationnel large (Gudbjartsson et al. N Engl J Med 2020 ;382(24):2302-2315)
Dépistage ciblé (personnes à risque) ou large en population (février-avril) : 9199 personnes à risque testées : Taux de positivité 6.7% chez les <10 ans vs 13.7% après 10 ans. En dépistage de population : 0% chez les < 10 ans vs 0,8% après 10 ans.
- Les données épidémiologiques françaises actuelles sont cohérentes avec cette donnée. En semaine 33, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) le plus bas est chez les 0-14 (8,4), comparé à 43,1 chez les 15 -44 ans, 19,5 chez les 45-64 ans, 10,1 chez les 65-74 ans et 11,4 chez les 75 ans et plus (données Santé Publique France).

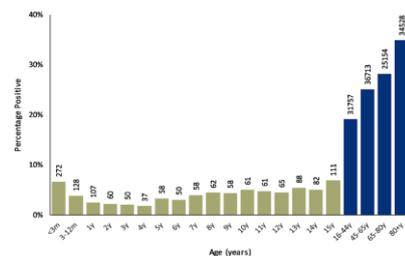
Observatoire ACTIV (Levy C et al. Non encore accepté : medRxiv

<https://doi.org/10.1101/2020.05.18.20098863> :

le risque de positivité d'une PCR en période épidémique (mars-avril 2020) est 3 fois supérieur chez l'adulte que chez l'enfant (âge non précisé)

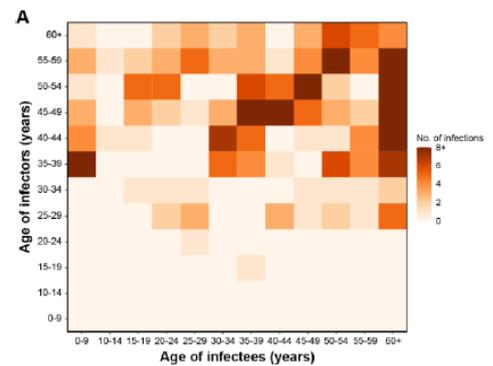


Expérience britannique (16/01 au 03/05/20) : Ladhani SN et al. Arch Dis Child 2020 Aug 12. Totalement superposable à l'expérience française. Enfants <16 ans représentent 1,1% des cas prouvés. Faible taux de tests positifs comparés à l'adulte (Figure)



- Expérience américaine (Sola et al. JAMA Pediatr 2020 Aug. 25). Confirmation d'une faible prévalence de l'infection par le CoV-2 du SRAS chez les enfants asymptomatiques qui ont été testés par PCR avant une opération, une visite à la clinique ou une admission à l'hôpital. Prévalence cumulée de l'infection : 0,65 % (IC à 95 % : 0,47-0,83), avec variations de 0 à 2,2 % en relation linéaire avec l'incidence hebdomadaire moyenne de COVID-19 pour l'ensemble de la population de la même zone géographique (prévalence pédiatrique asymptomatique = 1,07 × incidence hebdomadaire [nombre pour 1 000 habitants] + 0,23).
- Transmissibilité intra-familiale : Li W et al. Clin Infect Dis 2020 Apr 17. Analyse de 105 patients index et 392 contacts au domicile. Le taux d'attaque secondaire est de 2.3% chez les 0-5 ans, 5.4% chez les 6-17 ans, vs 17,1% chez les adultes.
- Transmissibilité intra-familiale : Maltezos et al. J Med Virol 2020 Aug 7. Expérience grecque de 23 clusters familiaux. Adulte est le 1^{er} identifié dans 91.3% des cas. Transmissions adultes-adultes dans 12 clusters, adultes-enfants dans 19 clusters ; pas d'évidence de transmission enfant-enfant ou enfant à adulte.

Dépistage autour des cas infectés : expérience de Hunan (Chine) (Hu et al. Non encore accepté : medRxiv. 2020 Aug 7:2020.07.23.20160317). Analyse rétrospective de 210 clusters. 8/210 clusters (3.5%) sont liés à patients asymptomatiques. Risque augmenté de transmission au domicile. Susceptibilité à l'infection augmente avec l'âge. Très intéressante Figure S4 et Table S4 : les <20 ans infectés transmettent peu, y compris aux personnes âgées



- Modélisation à partir de données multinationales : Davies et al. Nat Med 2020 Aug;26(8):1205-1211. Susceptibilité à l'infection de l'enfant estimée à moitié celle de l'adulte (0.40 (0.25–0.57) chez les 0- 9 ans, versus 0.88 (0.70–0.99) chez les 60-69 ans).
- Méta-analyse (Madewell et al. Non encore accepté medRxiv 2020 Jul 31;2020.07.29.20164590) : le taux moyen d'attaque secondaire au domicile (10 études) est 31.0% (95% CI: 19.4%–42.7%) pour les adultes et 15.7% (9.9%–21.5%) pour les enfants (< 18 ans).
- Une étude avec forte transmission pédiatrique (Szablewski et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Aug 7;69(31):1023-1025) : après exposition à un encadrant adolescent dans un campement : taux d'attaque de 51% chez les 6-10 ans et 44% chez les 11-17 ans. 26% de formes asymptomatiques. Peu de détails sur les chaînes épidémiologiques, mais invite à éviter les situations d'expositions très proches sans mesures adaptées.
- Description d'une épidémie dans un lycée israélien à la réouverture des écoles (Stein-Zamir et al. Euro Surveill. 2020 Jul;25(29):2001352). Etude peu informative, car conditions très particulières (aucune précaution, canicule, air conditionné), modes de transmission non décrits, dépistage intra-familial non rapporté ... Invite néanmoins à éviter les situations d'expositions très proches au lycée sans mesures adaptées.
- **NOUVEAU 27/10/2020** : Rôle des enfants dans la transmission intra-familiale : expérience de l'Utah et du Wisconsin. Laws et al. Pediatrics 2020 Oct 8:e2020027268. Analyse de 58 clusters au sein d'un même domicile. 33 clusters contiennent au moins 1 enfant. Pas de différence dans cette étude dans le taux d'attaque secondaire entre adultes (30%) et enfants (28%). Il faut toutefois noter une nette prédominance des adolescents infectés dans cette étude. Parmi les 19 enfants infectés, 10 (53%) sont des adolescents. Parmi les 49 enfants non infectés, seulement 14 (29%) sont des adolescents. Le taux d'attaque secondaire est de 20% chez les moins de 5 ans, 21 % chez les 5-12 ans et 42% chez les 13-17 ans.
- 1. **NOUVEAU 27/10/2020** Une revue systématique avec méta-analyse (Viner et al JAMA pediatrics <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>.) incluant 18 études (dont plusieurs de celles sus-citées) issues d'enquête autour de cas (contact-tracing) a permis de confirmer la moindre susceptibilité des enfants de moins de 12-14 ans en comparaison aux

adultes (OR à 0,52 [IC 95% 0,33-0,82]) alors que la susceptibilité des adolescents ne semblait pas différente (OR=1.23 [IC95% 0,64 – 2,36]).

3. L'enfant infecté est plus souvent asymptomatique, et les formes sévères hospitalisées sont rares

- Transmission intra-familiale : expérience suisse (Posfay-Barbe et al. Pediatrics 2020 ;146 :e20201576). Evaluation rétrospective de 40 cas < 16 ans parmi 4310 patients. Formes asymptomatiques 57% chez les enfants, versus 15% chez les adultes.
- Transmissibilité intra-familiale : Maltezou et al. J Med Virol 2020 Aug 7. Expérience grecque de 23 clusters familiaux. Formes asymptomatiques plus fréquentes chez les enfants (40%) que chez les adultes (10,5%).
- Expérience française des écoles de Crépy-En-Valois : Fontanet A et al. Non encore accepté <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2>. Parmi les séropositifs : 41.4% des enfants vs 9.9% des adultes n'ont rapporté aucun symptôme.
- Modélisation à partir de données multinationales : Davies et al. Nat Med 2020 Aug;26(8):1205-1211. Fraction des infections s'exprimant cliniquement : 21% (12–31%) chez les 10-19 ans versus 69% (57–82%) chez les >70 ans.
- Les enfants 0-14 ans représentent 1% des formes hospitalisées (1033/83756 le 18/08/20 ; données Santé Publique France). Les décès sont exceptionnels (Ouahla et al. Arch Pediatr. 2020 Jul;27(5):235-238.)
- Expérience européenne : Götzinger et al. Lancet Child Adolesc Health 2020 Sep;4(9):653-661. Collection de 582 enfants infectés vus en établissements de santé, dont 363 hospitalisés. 25 (4%) avec ventilation mécanique. 4 décès.
- **NOUVEAU 27/10/2020** : Etude de 203 enfants infectés par SARS-CoV2 en Grèce (6 jours-18.4 ans, médiane 11 ans) : Maltezou et al. Pediatr Infect Dis J 2020 Oct 6. Online ahead of print. 111 (55 %) ont une infection asymptomatique. 24 (12 %) ont été hospitalisés. Pas de différence significative entre la charge virale et l'âge, le sexe, une maladie sous-jacente, la fièvre et l'hospitalisation.

4. Les bénéfices éducatifs et sociaux apportées par l'école sont très supérieurs aux risques d'une éventuelle contamination par SARS-CoV2 de l'enfant en milieu scolaire

- Effets délétères du confinement : document ENOC/UNICEF. http://enoc.eu/wp-content/uploads/2020/06/ENOC-UNICEF-COVID-19-survey-updated-synthesis-report-FV.pdf?bcsi_scan_08276ca4327756e4=1
- Editorial du NEJM : « Reopening Primary Schools during the Pandemic » (2020, 20 august). Plaidoyer pour la nécessité d'accueillir les enfants à l'école. Condition : diminuer/éliminer la transmissibilité dans la population par testing et surveillance.
 - o Le nombre de cas pédiatriques en collectivité sera d'autant plus bas que la circulation virale en population sera basse (transmission intra-familiale prédominante) : importance d'une stratégie de dépistage rapide autour des cas adultes, ciblé en priorité sur le cercle des proches

- Le risque d'épidémie au sein d'une collectivité sera d'autant plus bas que le personnel adulte des établissements respecte des mesures sanitaires strictes (transmissions principalement adultes à adultes ou adultes à enfants dans les collectivités)

B - PROPOSITIONS DE LA SOCIETE FRANCAISE DE PEDIATRIE

1 Une scolarité possible pour tous, avec des mesures d'hygiène strictes

- 1.1 Les enfants sans co-morbidité doivent pouvoir effectuer normalement leur scolarité présentielle
- 1.2 Sauf exception validée par le médecin spécialiste référent de l'enfant, tous les enfants avec pathologie chronique doivent pouvoir effectuer normalement leur scolarité présentielle.
- 1.3 Dans les écoles primaires (à partir du CM1), collèges et lycées, des postes de distribution de SHA doivent être mis à disposition au moins à l'entrée de l'établissement et à l'entrée des classes, et une éducation doit être faite pour leur utilisation régulière. Chez les enfants < 6 ans, une éducation au lavage régulier des mains est indispensable.
NOUVEAU 27/10/2020 : Le lavage des mains doit être réalisé au minimum à chaque entrée dans une pièce et au retour des pauses
- 1.4 Le personnel adulte des établissements scolaires doit porter un masque en permanence
- 1.5 Le port du masque par les collégiens et lycéens est recommandé.
- 1.6 NOUVEAU 27/10/2020 : Dans le contexte de circulation virale intense de la rentrée de novembre 2020, il est logique d'étendre le port du masque aux enfants en collectivité dès l'âge de 6 ans.
- 1.7 NOUVEAU 27/10/2020 : Une aération des pièces doit être réalisée entre chaque cours
- 1.8 NOUVEAU 27/10/2020 : Une désinfection bi-quotidienne des surfaces doit être réalisée
- 1.9 NOUVEAU 27/10/2020 : Il est recommandé de limiter au maximum le brassage des groupes, et notamment d'étaler au maximum les horaires de cantine

2 Des indications de tests PCR adaptées à la faible contribution de l'enfant dans la transmission de l'infection

- 2.1 En dehors de toute notion de contact, un dépistage systématique de formes asymptomatiques chez les enfants en collectivité est inutile, du fait du faible rôle transmetteur des enfants
Dans le contexte épidémiologique actuel de circulation intense, il est nécessaire de :
 - Renforcer les campagnes d'informations dans les collectivités sur la place très majoritaire de la transmission intra-familiale dans l'infection de l'enfant, et de

- proposer un dépistage plus facile aux parents, ou aux adultes s'occupant des enfants au domicile.
 - Renforcer les campagnes de sensibilisation à destination des lycéens pour le respect des mesures de précautions
 - **NOUVEAU 27/10/2020 : Améliorer la traçabilité des dépistages des enfants contacts**
- 2.2 Tout enfant exposé à son domicile à une personne COVID+ doit bénéficier d'un test avant son retour en collectivité. Si l'enfant est asymptomatique, son retour en collectivité est possible si le test est négatif. Ce retour ne doit pas compromettre l'isolement des personnes infectées au domicile. Le test PCR doit être réalisé dans l'idéal 5 à 8 jours après le premier contact
- 2.3 Tout enfant ≥ 6 ans ou adolescent symptomatique (toux, et/ou fièvre, et/ou troubles digestifs) doit avoir un test de dépistage avant de revenir en collectivité sauf si un diagnostic d'une autre maladie infectieuse est faite avec certitude (ex Scarlatine, angine à SGA, enterovirose, infections urinaire).
- NOUVEAU 27/10/2020 : L'accès aux TROD antigéniques doit être facilité pour augmenter l'efficacité de ces dépistages**
- 2.4 Chez les enfants symptomatiques de moins de 6 ans (crèches et maternelles), la grande fréquence des infections virales pendant l'hiver, associée à la faible transmissibilité de l'infection à SARS-CoV2 par les jeunes enfants, doit faire réserver les indications de PCR COVID :
- a. Aux formes hospitalisés, ou suffisamment sévères pour justifier des explorations complémentaires
 - b. Aux enfants ayant eu un contact avéré avec un cas COVID+, quelle que soit la sévérité des symptômes
 - c. Aux enfants en contact à leur domicile avec des personnes considérées à risque pour une infection à SARS-CoV2, quelle que soit la sévérité des symptômes
 - d. Aux enfants dont les symptômes évoluent de façon inhabituelle, et notamment ceux avec une absence d'amélioration après un délai de 3 jours
- 2.5 Toux et/ou rhinite, sans fièvre, ne suffisent pas à justifier une exclusion de la collectivité pour les enfants de moins de 6 ans. Les symptômes justifiant l'exclusion transitoire de la collectivité de ces enfants, et potentiellement une PCR, doivent inclure au moins un des 3 items suivants : fièvre $>38^\circ$, gêne respiratoire, troubles digestifs significatifs (plusieurs selles liquides et au moins deux vomissements).
- 2.6 Un dépistage de l'ensemble d'une classe ne se justifie que si un professeur de la classe est COVID+ ou si au moins deux enfants de la classe sont symptomatiques et COVID+. La rareté de la transmission d'enfant à enfant ne justifie pas d'initier un dépistage de toute une classe à partir d'un cas isolé d'enfant, symptomatique ou asymptomatique.
- Il n'est pas justifié d'exclure un enfant contact asymptomatique en attendant le résultat du dépistage.

- Une information doit être rapidement donnée aux parents pour que les enfants contacts de la classe puissent être testés en cas de symptômes.
- Les mesures mises en place pour cette rentrée scolaire, à savoir port du masque par les enseignants, et port du masque par les collégiens et lycéens, permettent de moduler le dépistage autour de professeurs infectés, en fonction du respect de ce port du masque et de la distanciation effective entre le professeur et les élèves.

3 Limiter les absentéismes scolaires, en ciblant les exclusions transitoires des enfants infectés

- 3.1 Tout enfant COVID+ doit être exclu de la classe pendant 7 jours, et éventuellement plus longtemps en cas de persistance des symptômes. Un contrôle PCR n'est pas nécessaire pour le retour en collectivité, car la transmissibilité est désormais montrée maximale durant la phase d'incubation, et faible après 7 jours. Un certificat d'aptitude pour la réintégration scolaire n'est pas nécessaire.
- 3.2 Si un enfant est dépisté COVID+ (dépistage intra-familial ou en collectivité) et est asymptomatique, la règle de l'exclusion pendant 7 jours s'applique. Un contrôle PCR n'est pas nécessaire pour le retour en collectivité. Un certificat d'aptitude pour la réintégration scolaire n'est pas nécessaire.
- 3.3 Tout enfant symptomatique, mais sans indication à une PCR COVID, est exclu de la collectivité pendant la durée des symptômes. Une PCR COVID n'est nécessaire qu'en cas de symptômes se prolongeant au-delà du 3^{ème} jour. Un certificat d'aptitude pour la réintégration scolaire n'est pas nécessaire.
[NOUVEAU 27/10/2020 : L'accès aux TROD antigéniques doit être facilité pour augmenter l'efficacité de ces dépistages](#)
- 3.4 Une fermeture de classe ne se justifie que si au moins 3 enfants sont infectés COVID+ dans la même classe. Les cas pédiatriques multiples susceptibles de déclencher un dépistage ou une fermeture doivent être issus de familles différentes.

4 Renforcer la prévention de l'infection pour les personnes vulnérables, enfants ou adultes

- 4.1 Lorsqu'un cas d'infection à SARS-CoV2 est identifié au domicile d'un enfant avec une comorbidité sévère, telle que définies par les sociétés de Pédiatrie spécialisée (https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/propositions_sfp_pathologies_chroniques_court_300820-1.pdf), le port d'un masque à domicile est utile chez ces enfants, au moins à partir de 6 ans, tant que l'absence d'autres personnes infectées au domicile n'est pas certaine. Il est également important de s'assurer de l'absence de contacts entre le cas index et l'enfant. Le dépistage de l'enfant par PCR est recommandé dans les délais habituels (6 à 8 j après le premier contact).
- 4.2 Lorsqu'un enfant a été exposé à un cas d'infection à SARS-CoV2 en dehors du domicile, dans des conditions l'exposant à être lui-même infecté (contact proche sans masque), et qu'il y a une ou des personnes à risque dans son entourage direct, l'absence de contacts directs entre l'enfant et ces personnes à risque doit être organisée si possible. Par défaut, la limitation des contacts et le port d'un masque par la personne à risque et par l'enfant (si plus de 6 ans) est utile pendant les 7 jours qui suivent le contact, en attendant le résultat du test par PCR.
- 4.3 Lorsqu'un enfant est infecté à SARS-CoV2, avec ou sans symptômes, l'isolement à domicile est nécessaire. Un port du masque est utile pour les enfants à partir de 11 ans pendant les 7 jours qui suivent l'identification de l'infection. Lorsqu'il y a une ou des personnes à risque dans son entourage direct, l'absence de contacts directs entre l'enfant et ces personnes à risque doit être organisée si possible. Par défaut, la limitation des contacts et le port d'un masque par la personne à risque et par l'enfant (si plus de 6 ans) est utile.
- 4.4 Lorsqu'un enfant présente des symptômes compatibles avec une infection à SARS-CoV2, sans autre cause infectieuse identifiée, l'isolement à domicile est nécessaire en attendant le résultat de la PCR. Un port du masque est utile pour les enfants à partir de 11 ans. Un port du masque pour les enfants entre 6 et 11 ans est utile s'il y a une ou des personnes à risque dans son entourage direct, et que l'absence de contacts directs entre l'enfant et ces personnes à risque ne peut être garanti.

5 Limiter les autres causes de symptômes digestifs et/ou respiratoires en développant une politique d'incitation aux vaccinations anti-grippale et anti-rotavirus