

Quelle est la situation épidémiologique liée à la COVID-19 chez les 0-17 ans ?

► Points clés

- La circulation du SARS-CoV-2 s'intensifie depuis fin octobre 2021 dans la population des 0-17 ans comme dans le reste de la population.
- Les 0-17 ans, qui représentent 21,5 % de la population française, représentent entre 3 et 5 % des patients COVID-19 hospitalisés, proportion stable au cours du second semestre 2021.
- Comme chez les adultes, les hospitalisations en soins conventionnels et en soins critiques augmentent chez les 0-17 ans depuis début décembre 2021. Cette augmentation touche principalement les nourrissons de moins d'un an.
- Rapportée aux cas pédiatriques symptomatiques, la part des cas hospitalisés en pédiatrie était de 1,4 % lors de la dernière vague avec une circulation du variant Delta exclusive (2021-S22 à S40) contre 0,7 % à compter de la semaine 2021-S41.
- 71 % des cas de PIMS (syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique secondaire à la COVID19), touchant surtout les enfants âgés de 3 à 11 ans, sont hospitalisés en réanimation ou en unité de soins continus.
- Les données ne sont pas en faveur d'une gravité accrue de la COVID-19 actuellement chez les enfants. Il est toutefois trop tôt pour caractériser avec précision les cas pédiatriques hospitalisés et dus au variant Omicron, auquel semble pouvoir être attribuée une moindre sévérité.

Les sources des données présentées sont détaillées à la fin de ce document.

► Taux d'incidence du SARS-CoV-2 chez les 0-17 ans

En semaine 01 (03 janvier 2022 au 09 janvier 2022), 9 507 471 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2, dont 3 019 508 (32%) chez les moins de 18 ans. Un total de 1 886 579 nouveaux cas a été rapporté. Les 0-17 ans représentaient 26% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Jusqu'en S50, la circulation virale était particulièrement active chez les 5-11 ans, depuis cette date, ce sont les 12-17 ans et 18 ans et plus qui affichent les taux d'incidence les plus importants. Entre les semaines S51 et S52 et S52 et S01, les taux d'incidence des moins de 18 ans ont doublé dans la majorité des classes d'âge, atteignant 4 475 nouveaux cas pour 100 000 habitants chez les 12-17 ans (Tableau 1). Les taux de positivité (TP) ont également doublé en une semaine (S52/S01) dans toutes les classes d'âge. Le TP maximum est observé chez les 5-11 ans en S52 (22%) ; il s'agit de la valeur maximale observée depuis le début de la pandémie, toutes classes d'âge confondues. Les taux de dépistage étaient relativement stables dans ces classes d'âge.

Tableau 1. Taux d'incidence (pour 100 000 habitants) par semaine et par classes d'âge pédiatriques, S 44-2021 - S01-2022, France (données au 12 janvier 2022)

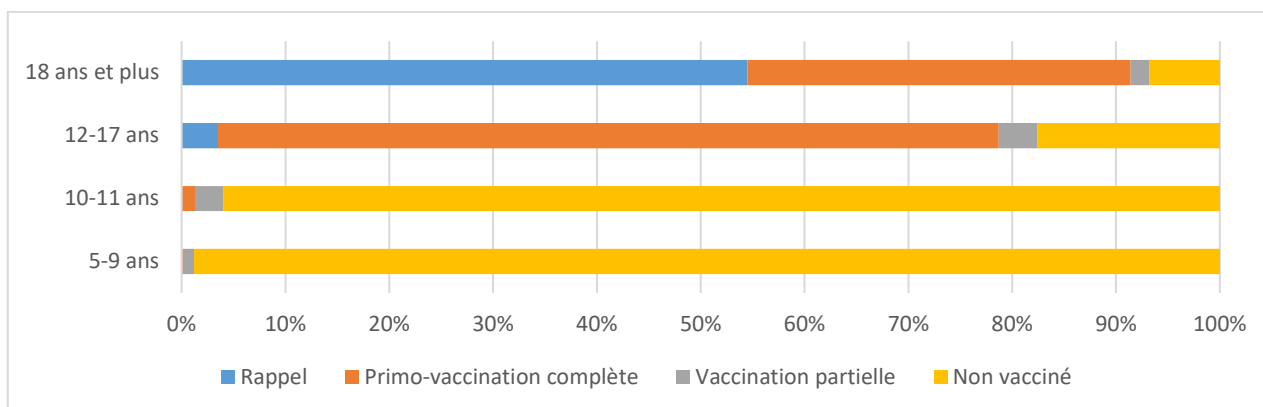
80	110	189	291	412	467	533	810	1851	2647	18 ans et +
63	84	154	265	412	504	547	706	1936	4475	12-17 ans
84	134	330	635	954	1058	943	765	1562	3724	5-11 ans
30	59	126	213	313	353	344	294	599	1835	2-4 ans
23	38	67	92	148	173	192	204	379	803	1 an
29	39	64	104	149	169	200	240	499	746	Moins de 1 an
S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S01	

Source : S IDEP

► Couverture vaccinale par tranche d'âge

Depuis le 22 décembre 2021, les parents qui le souhaitent peuvent faire vacciner leur(s) enfant(s) de 5-11 ans contre la COVID-19. Au 10 janvier 2022, la couverture vaccinale des moins de 12 ans reste très faible, avec 1,2% des 5-9 ans et 4,0% des 10-11 ans ayant reçu une première dose de vaccin (Figure 1).

Figure 1. Couvertures vaccinales par classes d'âge, données au 10 janvier 2022, France



Source : VACCIN-COVID

► Prise en charge médicale

Recours pour suspicion de COVID-19 chez les enfants dans les associations SOS Médecins et dans les services d'urgences hospitalières du réseau OSCOUR®

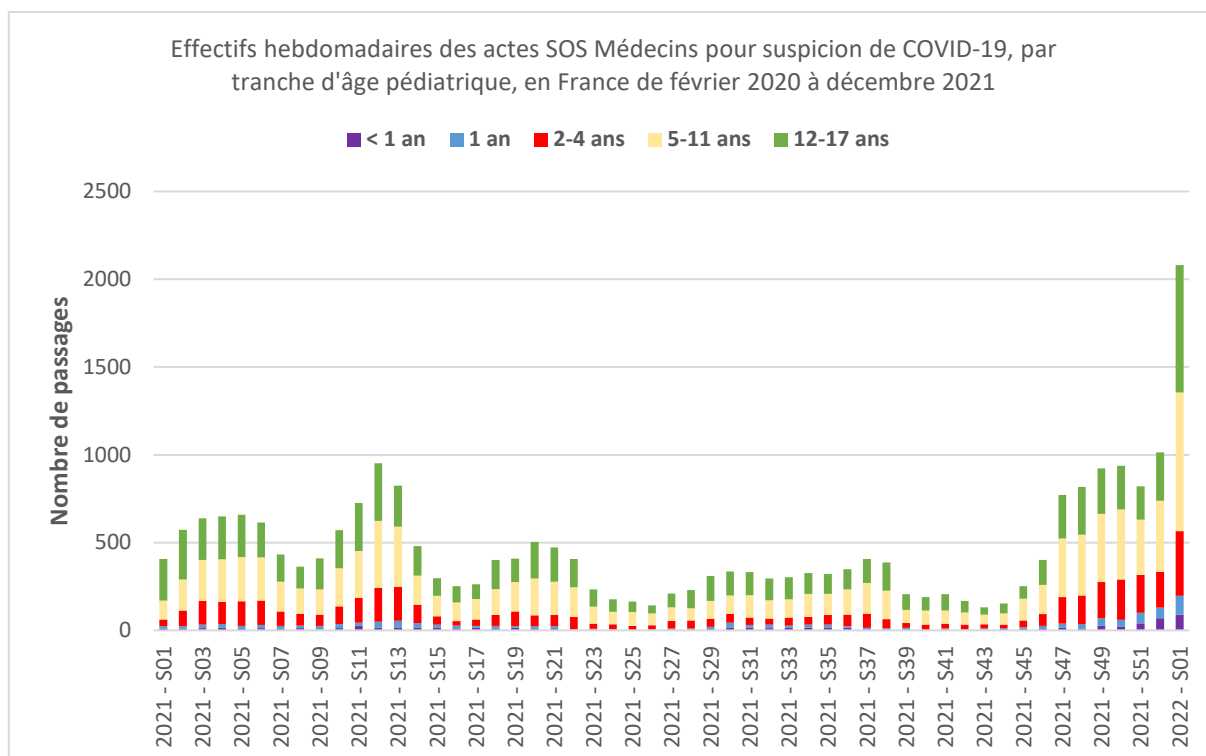
Les recours pour suspicion de COVID-19

Entre S01-2021 et S01-2022, 24 895 actes SOS et 15 222 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été observés chez les enfants de moins de 18 ans.

Depuis la semaine 44-2021, on observe une hausse de ces recours ; très marquée au cours des 2 dernières semaines dans les actes médicaux SOS Médecins (respectivement +100 % (soit +1 067 actes) en S01-2022 et +23,7 % (soit +194 actes) en S52-2021) et les passages aux urgences (respectivement +38,4 % (soit +587 passages) en S01-2022 et +133,8 % (soit +875 passages) en S52-2021). Les niveaux observés sont supérieurs à ceux des 3^e et 4^e vagues dans toutes les classes d'âges (2 081 actes en S01-2022 vs 406 en S01-2021 chez SOS Médecins et 2 116 passages aux urgences en S01-2022 vs 143 en S01-2021) (Figures 2 et 3).

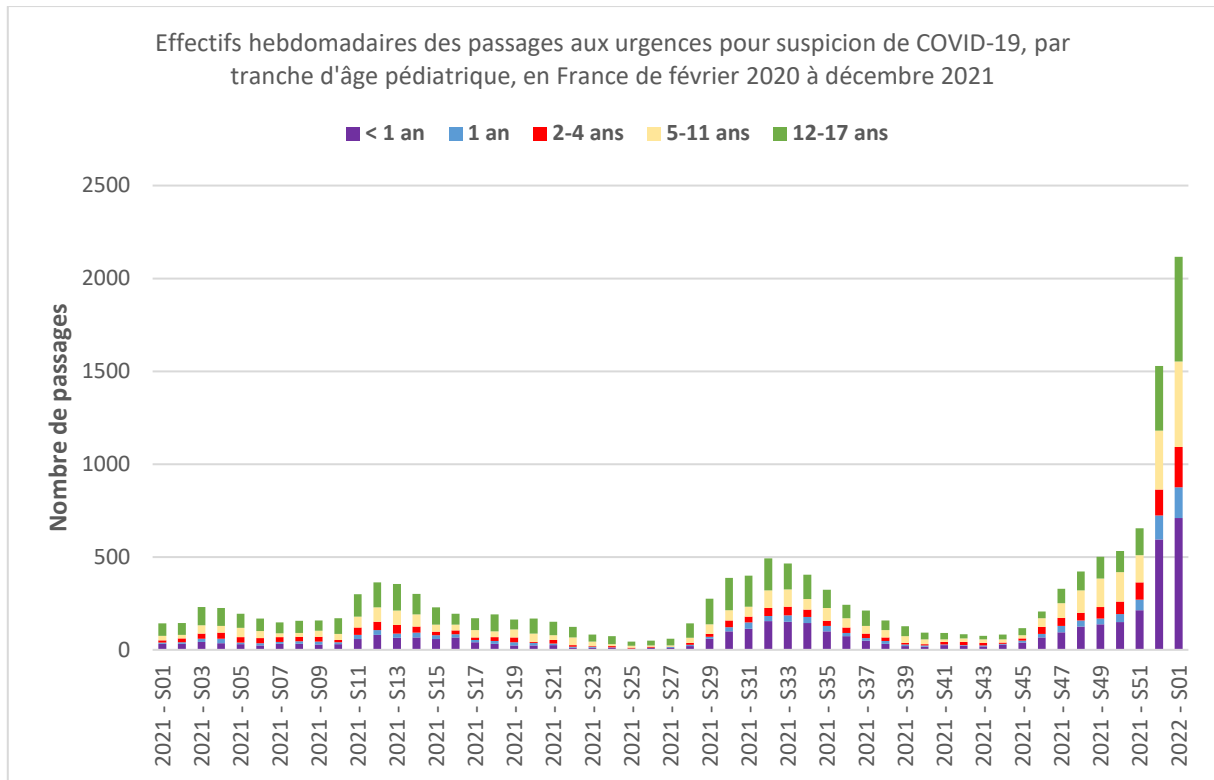
Cette hausse marquée d'effectifs est principalement portée par les 5-11 ans (789 actes en S01-2022 vs 404 en S52-2021) et les 12-17 ans (726 actes en S01-2022 vs 276 en S52-2021) dans les associations SOS Médecins et les moins de 1 an (710 passages en S01-2022 vs 595 en S52-2021) aux urgences. (Figures 2 et 3).

Figure 2. Distribution hebdomadaire des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 en France du 01/01/2021 au 09/01/2022, France



Source : SOS Médecins

Figure 3. Distribution hebdomadaire des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en France du 01/01/2021 au 09/01/2022, France

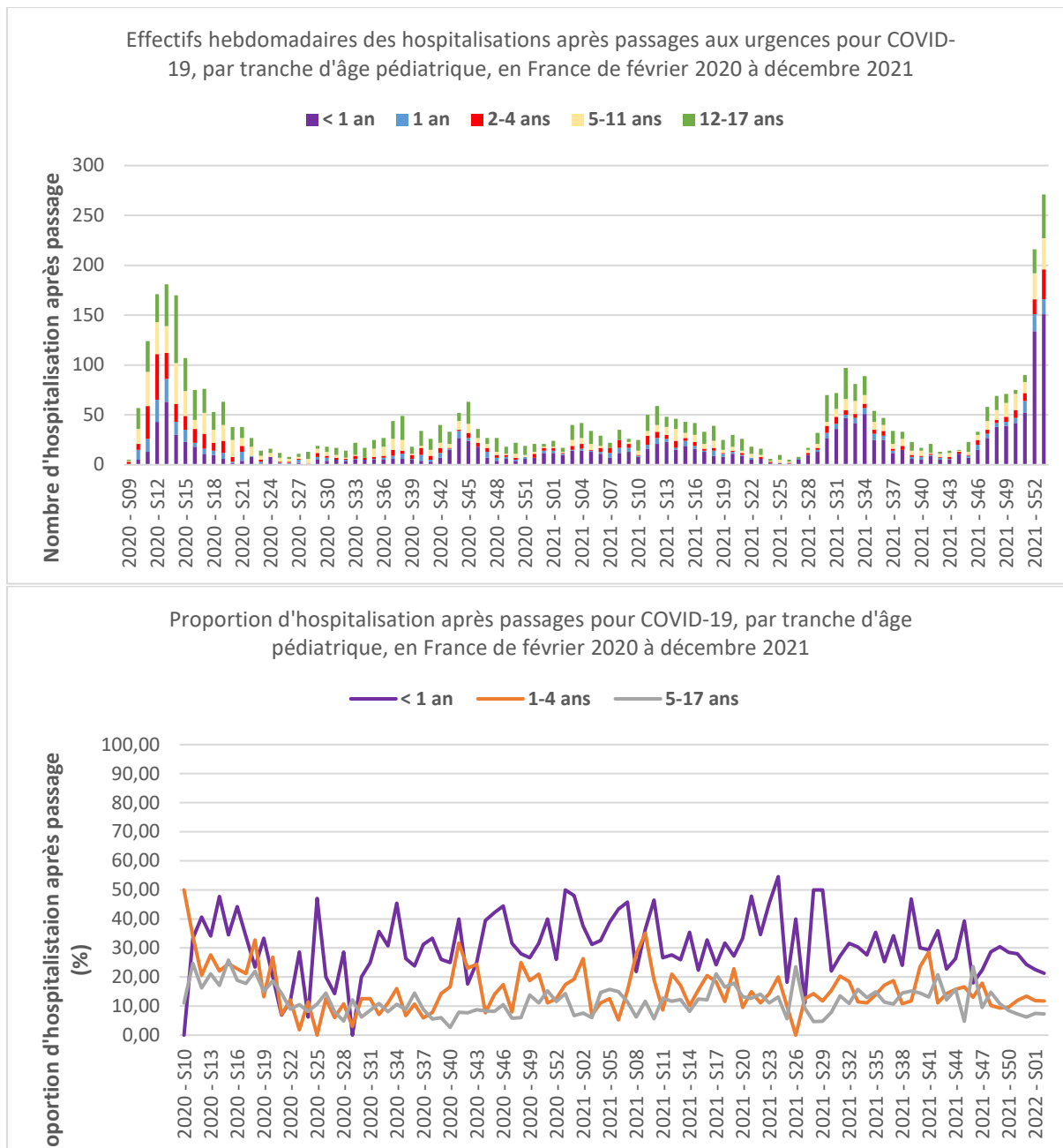


Source : OSCOUR®

Hospitalisations après passage aux urgences

Entre S01-2021 et S01-2022, chez les moins de 18 ans, près de 2 433 sur 15 222 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été suivis d'une hospitalisation (16 %). Cette proportion d'hospitalisation est plus élevée chez les moins de 1 an (27 % comparé à 15 % chez les 1 an, 13 % chez les 2-4 ans, 10 % chez les 5-11 ans et 11 % chez les 12-17 ans). Elle varie très peu au cours des différentes vagues épidémiques (Figure 4).

Figure 4. Distribution hebdomadaire des hospitalisations et leur proportion après passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en France du 01/01/2021 au 09/01/2022



Source : OSCOUR®

Hospitalisation en pédiatrie en lien avec la COVID-19

La distinction entre les patients hospitalisés pour une prise en charge COVID-19 et ceux hospitalisés pour un autre motif mais porteurs du SARS-CoV-2 a été réalisée.

Tableau 2. Proportion de patients porteurs du SARS-CoV-2 hospitalisés pour un autre motif en 2021 (jusqu'en S50-2021), par classes d'âge et type d'hospitalisation

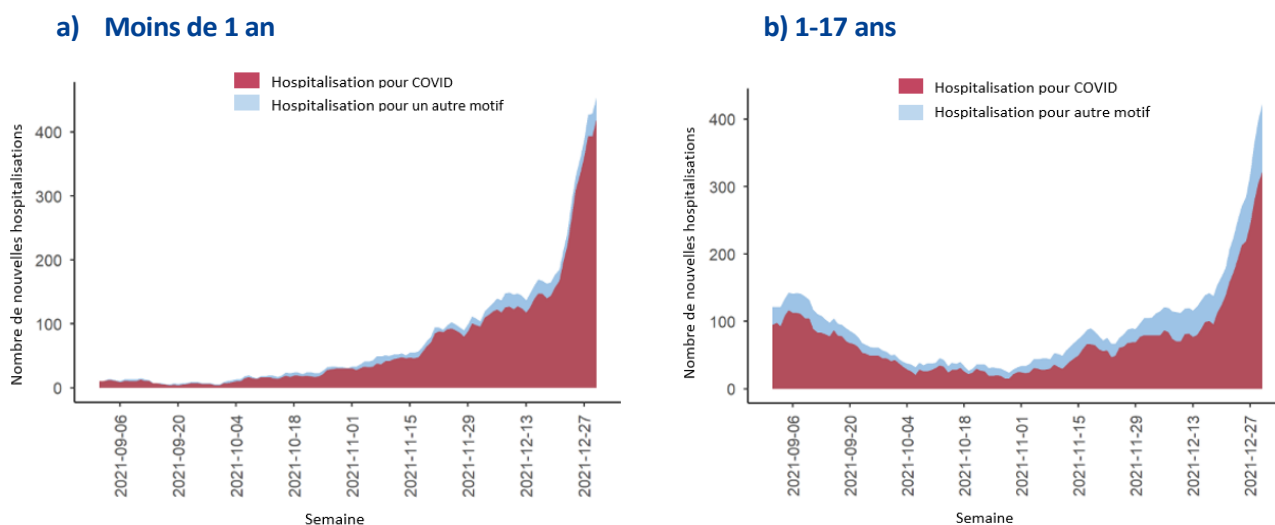
	Moins de 1 an	1 an	2-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18 ans et +
Conventionnel	15 %	16 %	24 %	27 %	30 %	12 %
Soins critiques	23 %	16 %	22 %	21 %	17 %	6 %
Réanimations	29 %	26 %	30 %	30 %	19 %	5 %

Source : SI-VIC

En 2021, la part des patients avec COVID-19 mais hospitalisés pour un autre motif était plus importante chez les enfants que chez les adultes, en particulier en services de soins critiques (Tableau 2). En S01-2022, ces proportions en hospitalisation conventionnelle semblaient stables (respectivement 11, 17, 24, 25, 32 et 19 % selon les classes d'âge présentées dans le tableau 2) mais devront être surveillées dans les prochaines semaines (les effectifs en soins critiques étant trop faibles en S01-2022 pour une comparaison avec les données de 2021).

Les nouvelles hospitalisations, qu'elles soient liées à la COVID-19 ou à un autre motif, ont augmenté chez les moins de 1 an ou chez les 1-17 ans depuis fin octobre (Figure 5).

Figure 5. Nombre de nouvelles hospitalisations de patients avec un diagnostic de COVID-19 chez les moins de 1 an et chez les 1-17 ans selon le motif d'hospitalisation : pour COVID-19 ou pour un autre motif, par semaine glissante du 1^{er} septembre 2021 au 5 janvier 2022, France



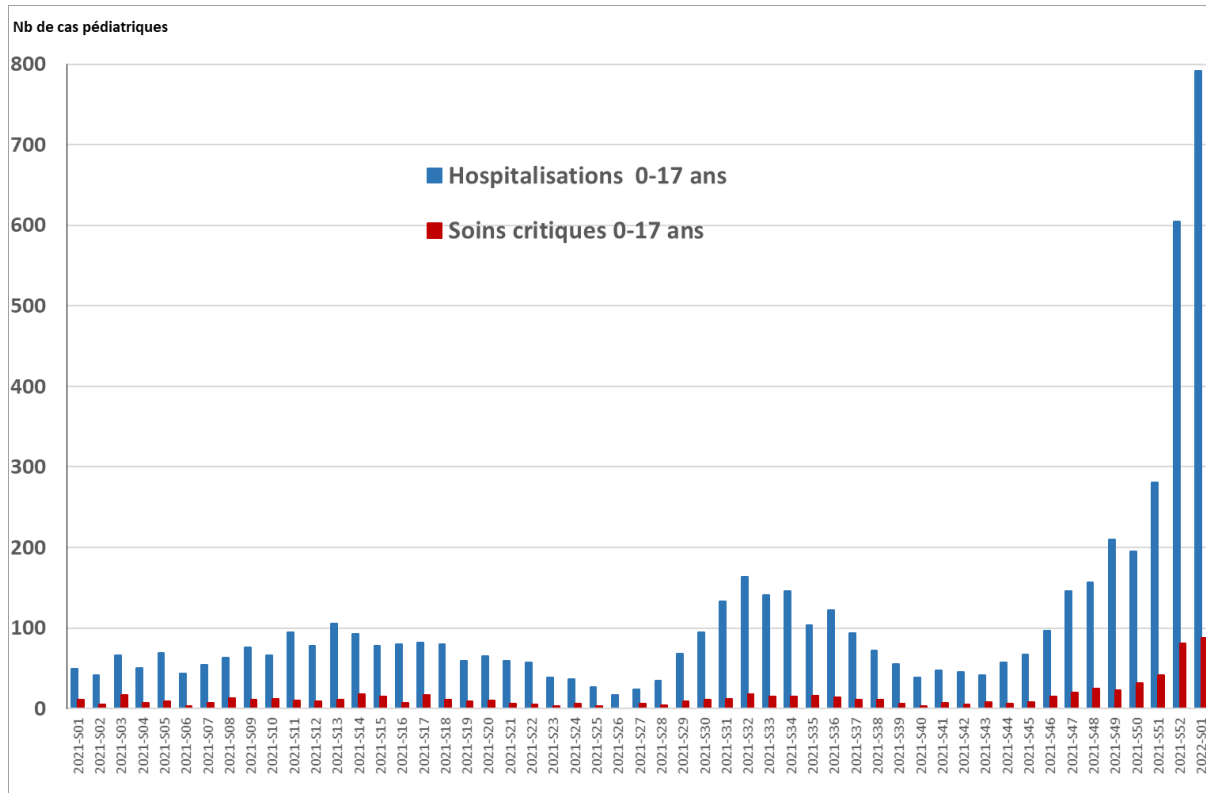
Source : SI-VIC

Les données présentées ci-dessous concernent uniquement les hospitalisations pour COVID-19.

Les figure 6a et 6b présentent, chez les cas incidents pédiatriques (Fig 6a) et chez ceux âgés de 18 ans et plus (Fig. 6b) la distribution du nombre hebdomadaire de cas hospitalisés pour Covid-19 ainsi que le nombre de cas hospitalisés en soins critiques (**données SI-VIC**).

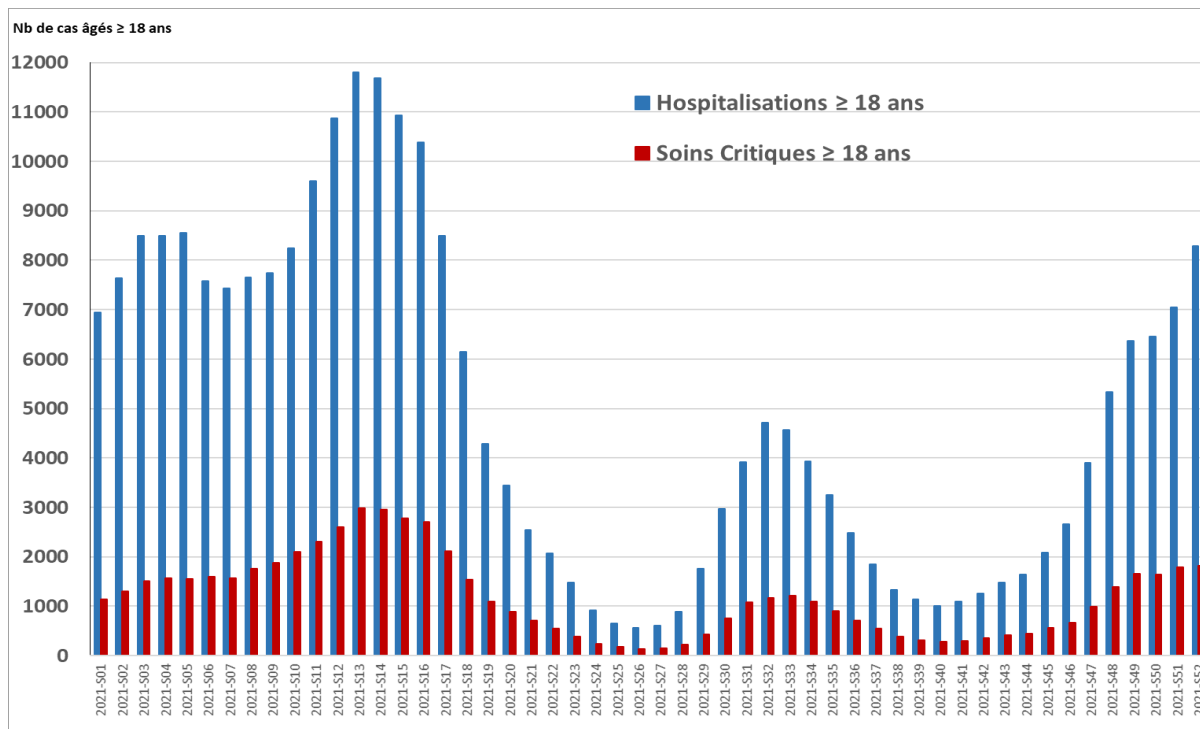
À une échelle différente, les mêmes tendances évolutives sont observées dans les deux populations depuis juillet 2021.

Figure 6a. Distribution hebdomadaire des cas pédiatriques nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en France du 01/01/2021 au 09/01/2022



Source : SI-VIC

Figure 6b. Distribution hebdomadaire des cas âgés de ≥18 ans nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en France du 01/01/2021 au 09/01/2022



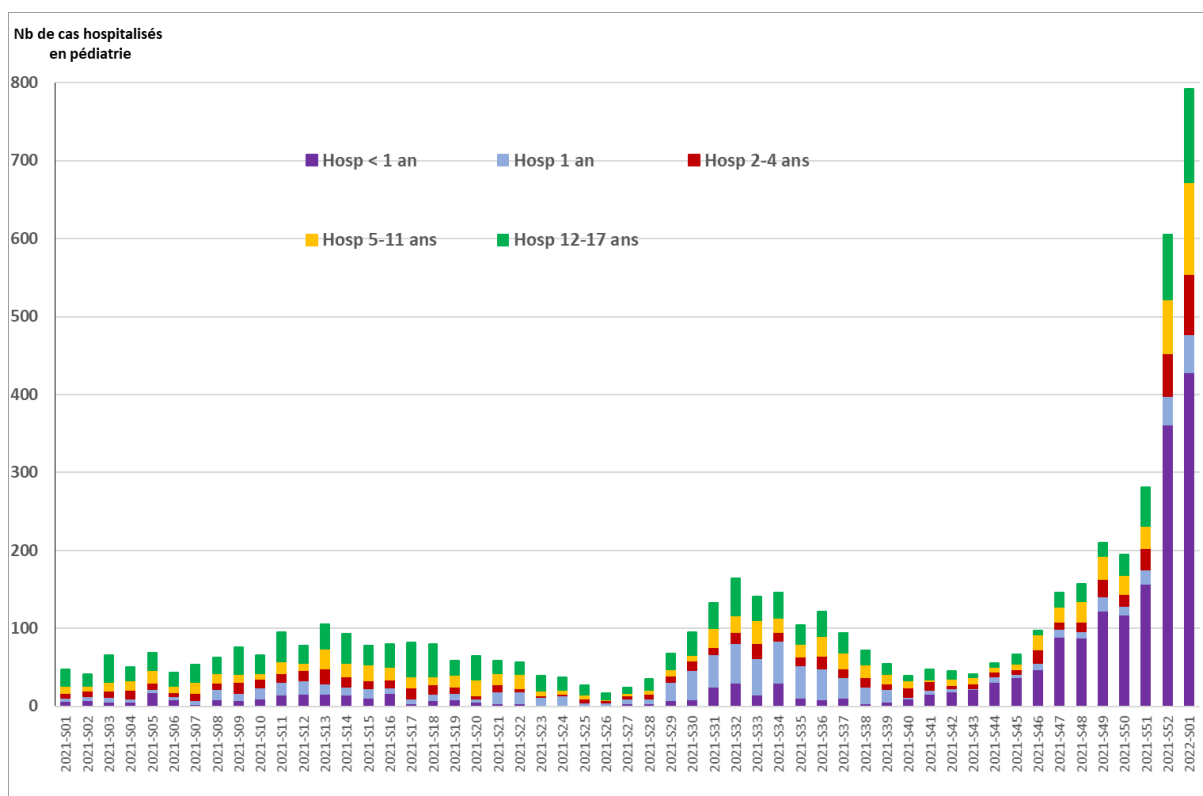
Source : SI-VIC

Les figures 7 à 9 représentent la distribution par classe d'âge de ces cas pédiatriques, dans leur totalité, en service de soins critiques et en réanimation. L'augmentation du nombre des cas est surtout marquée dans la tranche d'âge des moins d'un an. Toutefois l'identification de cas co-infectés VRS et SARS-Cov-2 chez ces jeunes enfants peut rendre difficile l'imputabilité de la sévérité à l'un ou l'autre des virus, ce d'autant plus que la bronchiolite du jeune nourrisson est source habituelle d'hospitalisation en soins critiques (cf. [Bulletin épidémiologique bronchiolite](#)).

Depuis la semaine 41, la part des hospitalisations des moins d'un an passe à 56 % du total des cas pédiatriques (1 536 / 2 740 cas) alors qu'elle était de 14 % sur une période immédiatement antérieure, semaines 22 à 40 (168 / 1 233 cas). De même, sur les mêmes périodes, la part des hospitalisations en soins critiques des moins de deux ans passe à 30 % du total des cas pédiatriques admis en soins critiques (42 / 141 cas) alors qu'elle était de 5 % sur une période immédiatement antérieure, semaines 22 à 40 (18 / 359 cas).

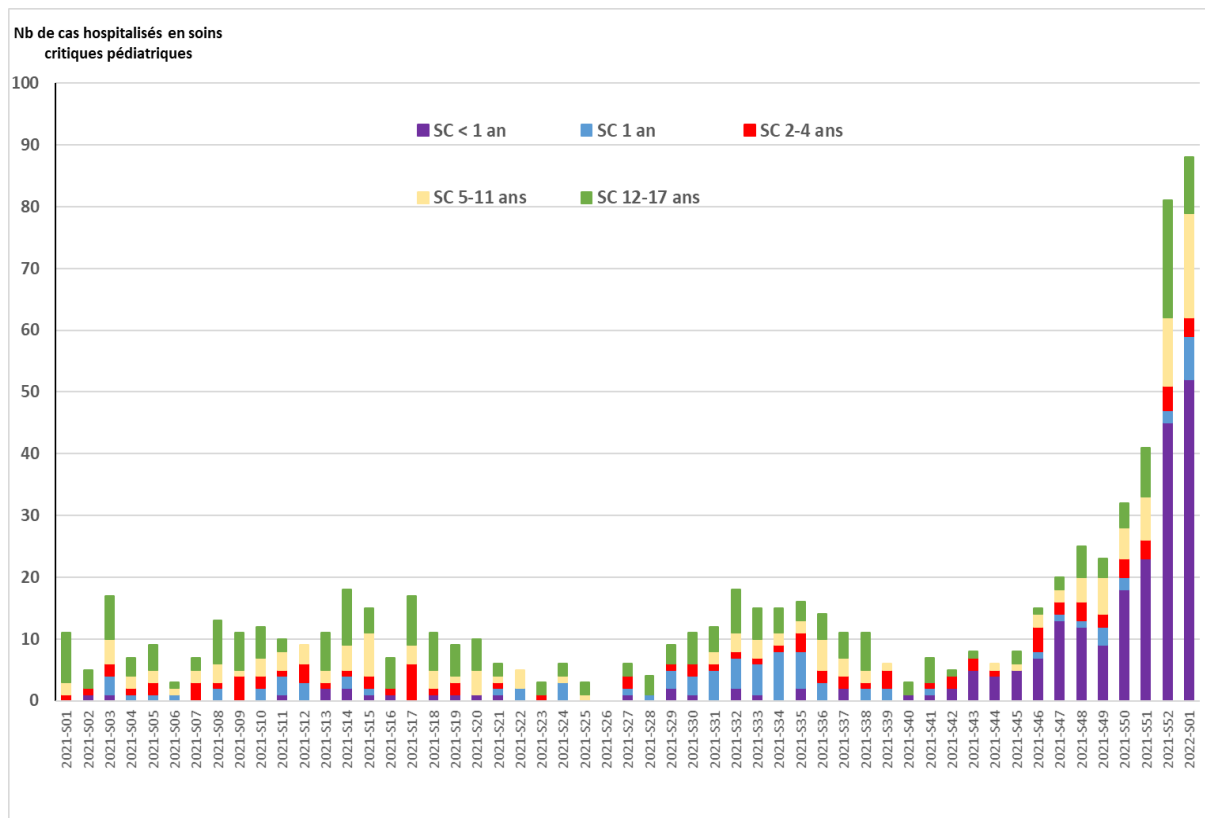
La proportion des hospitalisations des cas pédiatriques parmi l'ensemble des cas hospitalisés est comprise entre 4 et 5 %, inchangée entre les 2 périodes (respectivement 1 919 / 49 543 et 1 233 / 34 177), y compris au cours des dernières semaines de décembre 2021 et premiers jours de janvier. Par comparaison avec les cas symptomatiques en population générale, sur les mêmes périodes, la proportion de cas hospitalisés en pédiatrie est de 0,28 % (1 233 / 434 424 cas) lors de la première période contre 0,15 % (2 740 / 1 839 192 cas) lors de la période la plus récente. Et si l'on prend comme référence les seuls cas pédiatriques symptomatiques, ces proportions passent respectivement à 1,4 % et 0,7 % pour la période la plus récente (1 233 / 88 909 cas et 2 740 / 417 347 cas).

Figure 7. Distribution hebdomadaire et par classe d'âge des cas pédiatriques nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en France du 01/01/2021 au 09/01/2022



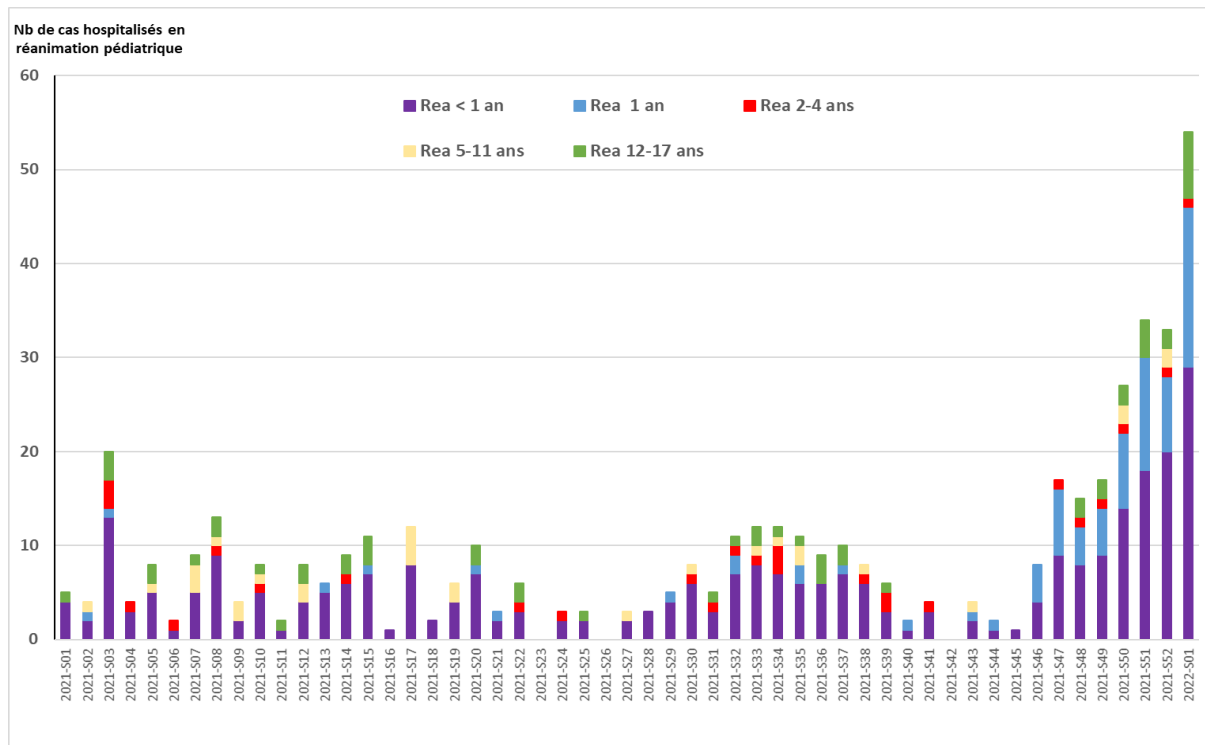
Source : SI-VIC

Figure 8. Distribution hebdomadaire et par tranche d'âge des cas pédiatriques nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en service de soins critiques en France du 01/01/2021 au 09/01/2022



Source : SI-VIC

Figure 9. Distribution hebdomadaire et par tranche d'âge des cas pédiatriques nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en réanimation en France du 01/01/2021 au 09/01/2022



Source : SI-VIC

L'augmentation de la proportion de suspicion du variant Omicron (données de criblage A0C0) parmi les cas hospitalisés pour COVID-19 a nettement augmenté depuis S50, dans toutes les classes d'âge. Les proportions les plus élevées en S01 sont observées chez les plus jeunes, il s'agit aussi des classes d'âges chez qui le SARS-CoV-2 a circulé activement ces dernières semaines (Tableau 3).

Les prochaines analyses devront intégrer les données de criblage en population pour affiner une interprétation de la sévérité du variant Omicron.

Tableau 3. Proportion de suspicion d'Omicron (A0C0) parmi les patients nouvellement hospitalisés pour COVID-19 (toutes hospitalisations), par semaine calendaire et par classes d'âge, S 50-2021 - S01-2022, France (données au 11 janvier 2022)

5%	12%	37%	61%	80 ans et +
3%	9%	32%	46%	70-79 ans
3%	9%	22%	39%	60-69 ans
4%	10%	24%	38%	50-59 ans
3%	12%	29%	45%	40-49 ans
4%	22%	40%	62%	30-39 ans
10%	40%	54%	75%	18-29 ans
0%	45%	93%	78%	12-17 ans
0%	40%	53%	73%	5-11 ans
0%	6%	56%	88%	1-4 ans
10%	22%	58%	76%	Moins d'1 an
S50	S51	S52	S01	

Source : SI-VIC/SIDEP

Surveillance nationale des syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

La surveillance spécifique des cas de PIMS, même si elle n'est pas exhaustive, montre une ascension du nombre de cas signalés depuis la semaine 49 (6 décembre 2021), avec un décalage de 4 semaines par rapport à la dynamique de l'épidémie représentée par l'évolution des cas de COVID-19 hospitalisés, comme le montre la Figure 10.

À ce jour, le nombre de cas de PIMS signalés depuis le 2 mars 2020 s'élève à 879, dont 796 en lien avec le SARS-COV-2. Ces derniers cas étaient dans leur grande majorité confirmés par une RT-PCR et/ou une sérologie pour SARS-CoV-2 positives (n=728, 91 %).

L'incidence cumulée des cas en lien avec la COVID-19 (n=796) est estimée à 5,5 pour 100 000 dans la population des moins de 18 ans. Les incidences les plus élevées sont observées dans la population âgée de 3 à 11 ans (cf. tableau 4).

Figure 10. Distribution des cas de PIMS et des cas de COVID-19 (tout âge), par semaine d'hospitalisation, France, du 02/03/2020 au 09/01/2022 (données arrêtées au 13/01/2022)

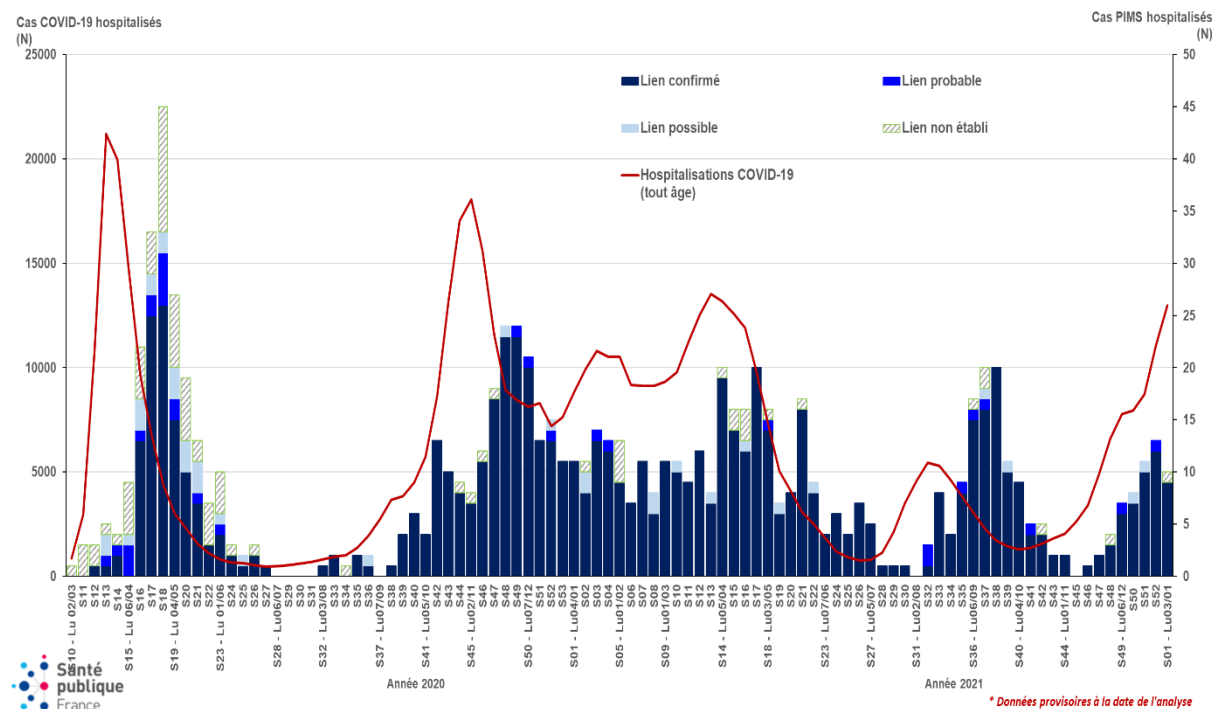


Tableau 4. Distribution du nombre de cas et incidence cumulée des PIMS par groupe d'âge, France, du 02/03/2020 au 09/01/2022 (données arrêtées au 13/01/2022)

Groupe d'âge	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	Total
Nombre de cas	115	142	307	171	61	796
%	14	18	39	21	8	100
Incidence cumulée (/100 000)	5,4	6,2	7,4	5,0	2,4	5,5
Population INSEE 2020	2 129 928	2 285 140	4 144 422	3 403 399	2 513 338	14 476 227

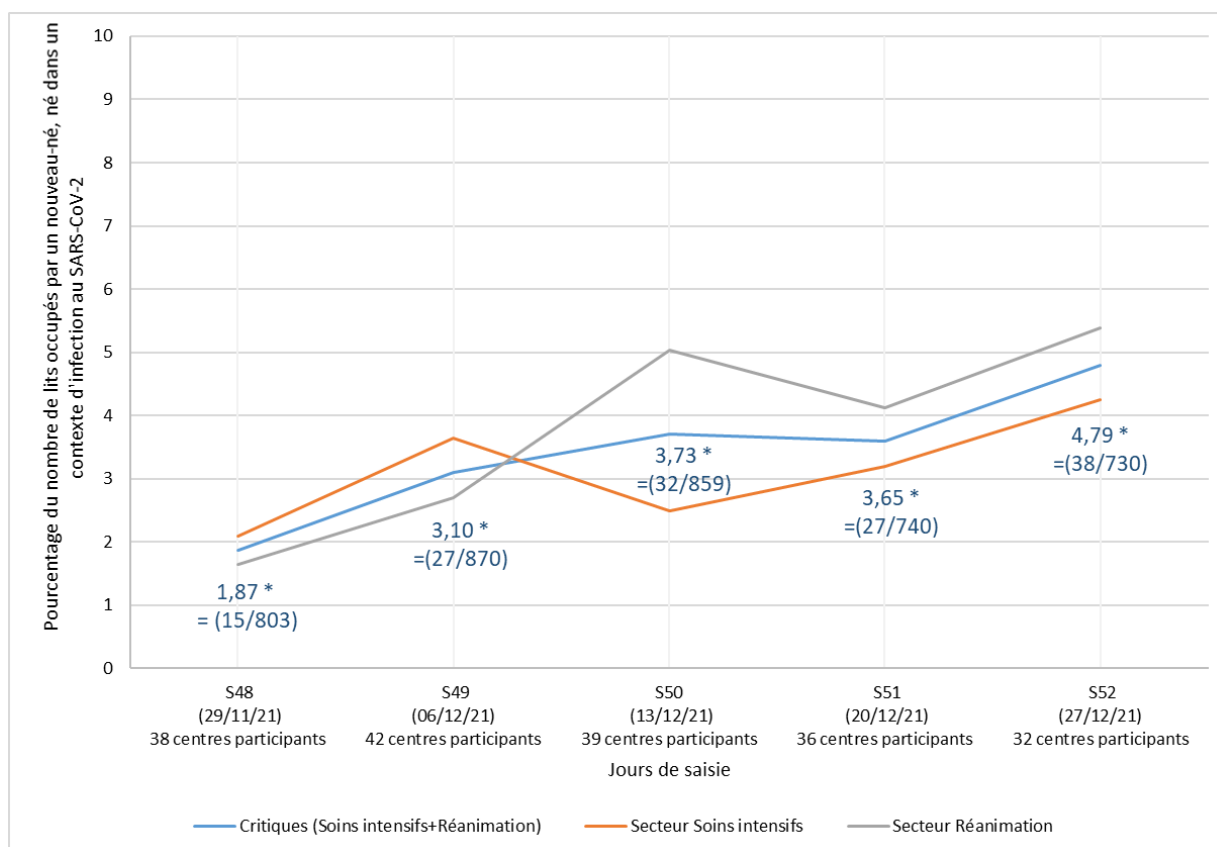
Sur ces 796 cas de PIMS, 562 étaient associés à une myocardite (71 %). Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 333 enfants (42 %) et en unité de soins critiques pour 233 (29 %).

Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant de moins de 10 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite (inclus dans les données de mortalité SI-VIC ci-après).

Surveillance des nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, hospitalisés en soins critiques de niveau 3

Ce système de surveillance a démarré le 29 novembre 2021. Sur les 5 premières semaines de ce dispositif (S48 à S52-2021), entre 51 % (la semaine 52) et 65 % (la semaine 49) des services de soins critiques de niveau 3 ont participé, selon les semaines. L'analyse des données (au 08/01/2022), met en évidence une augmentation de la proportion de lits occupés en soins critiques par un nouveau-né, né dans un contexte d'infection au SARS-Cov-2 sur ces 5 premières semaines d'enquête (passant de 1,9 % le 29/11/2021 à 4,8 % au 27/12/2021) (Figure 11). Cette augmentation s'observe entre la semaine 51 et la semaine 52, pour le secteur soins intensifs comme pour le secteur réanimation (Figure 11).

Figure 11. Evolution de la proportion de lits occupés le lundi en soins critiques (secteur soins intensifs et secteur réanimation) de niveau 3, par un nouveau-né, né dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, entre le 29/11/2021 et le 27/12/2021



Source : Dispositif de surveillance des nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, hospitalisés en soins critiques de niveau 3, données arrêtées au 08/01/2022)

* Le pourcentage du nombre de lits occupés par un nouveau-né, né dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2 correspond au nombre de lits occupés le lundi dans les services de soins critiques par un nouveau-né, né dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, rapporté au nombre total de lits occupés dans les services de soins critiques le lundi.

Une analyse plus précise des caractéristiques des enfants inclus sur les 4 premières semaines d'enquête (jusqu'au 20/12/2021) a été réalisée. Sur ces quatre premières semaines, 62 nouveau-nés différents étaient présents un lundi de saisie des données : 19,3 % (n=12) d'entre eux étaient nés à terme (après 37 semaines d'aménorrhée) et 80,7 % (n= 50) étaient nés prématurément (entre 24 et 37 semaines d'aménorrhée). Parmi ces 62 nourrissons, 7 nouveau-nés (11,3 %) avaient une PCR positive au SARS-CoV-2 au cours de l'hospitalisation ; pour 4 d'entre eux, leur mère avait été contaminée pendant la grossesse ou en péripartum.

Pour la très grande majorité de ces 62 nouveau-nés (95,2 %, soit n=59), leur mère avait été contaminée par le SARS-CoV-2 pendant la grossesse ou le péripartum. Au moment de la saisie des données, parmi ces 59 nouveau-nés, 4 avaient été infectés, 30 n'étaient pas infectés, pour 23 autres il n'y avait pas eu de PCR réalisée et enfin pour les 2 derniers, l'information sur la réalisation d'un dépistage et/ou son résultat était manquant. Enfin, 39 % de ces nouveau-nés sont nés dans le cadre d'une césarienne en urgence avant travail ; le motif indiqué étant une dégradation de l'état de santé maternel pour 20 d'entre eux (56 %) et des anomalies du rythme cardiaque fœtal pour 11 autres (31 %). Ces premières analyses mettent également en

évidence que pour 23 de ces nouveau-nés, une hospitalisation de leur mère en service de réanimation adulte pendant la grossesse ou le péripartum a été nécessaire.

Les résultats préliminaires de cette surveillance non exhaustive permettent d'objectiver l'évolution croissante du nombre de nouveau-nés admis en service de soins critiques en cohérence avec l'évolution de l'épidémie en population générale. Ces premières analyses nécessitent d'être affinées et complétées sur les prochaines semaines. L'adhésion des services au dispositif de surveillance est indispensable pour le suivi de l'évolution. Ces premiers résultats confirment la gravité potentielle d'une infection au SARS-CoV-2 de la mère pendant la grossesse et le péripartum et soulignent l'importance de rappeler les mesures de prévention pendant la grossesse : la vaccination demeure fortement recommandée ainsi que l'application stricte des mesures barrière.

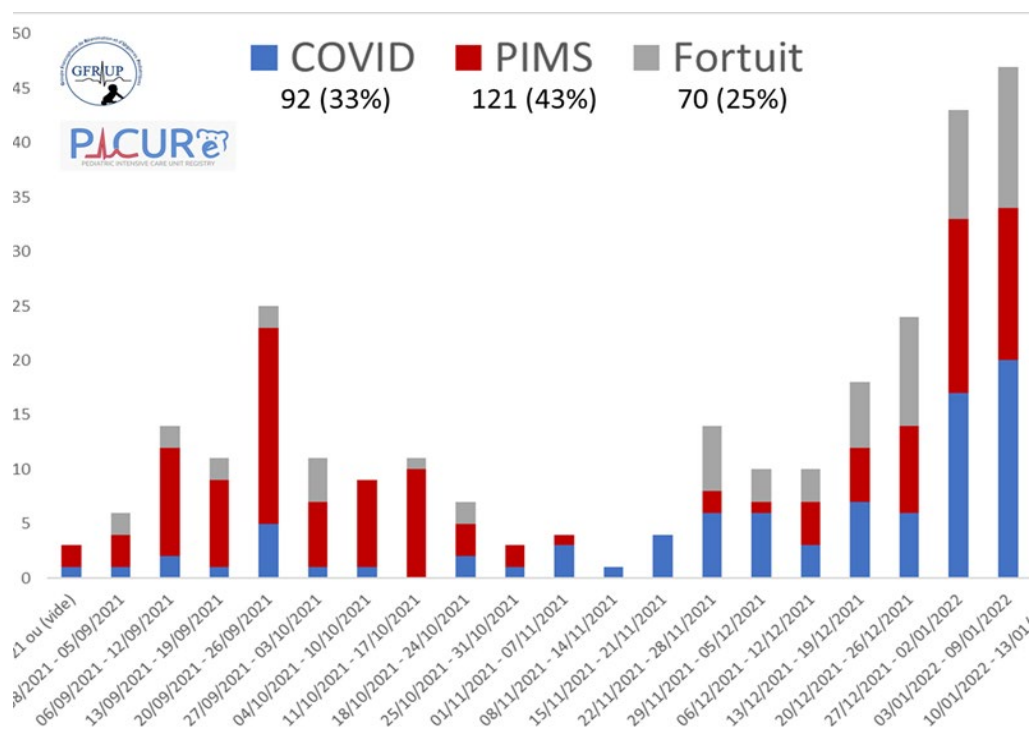
Caractéristiques des cas pédiatriques (données de surveillance sentinelle en pédiatrie - réseaux PICURE et PANDOR)

Cette surveillance a pour objectif d'identifier tout signal de gravité supplémentaire ou de nouvelles formes cliniques de l'infection, grâce à un recueil de données sur les caractéristiques des cas de COVID hospitalisés en réanimation ou en service de pédiatrie générale.

Ce recueil fournit donc des informations qualitatives, complémentaires à celles recueillies via les systèmes de surveillance existants.

Les analyses des données du réseau PICURE ont été réalisées sur la période du 30 août 2021 au 09 janvier 2022 (semaines 2021-35 à 2022-01). La figure 12 (réalisation : réseau PICURE) montre la distribution de tous les cas pédiatriques hospitalisés en réanimation en lien avec la COVID-19 : cas d'infection COVID-19, cas de PIMS et les cas hospitalisés pour une autre cause a été détecté le SARS-CoV2 de façon fortuite. Les données montrent une augmentation du nombre de cas hospitalisés en réanimation en semaine 52 et au cours de la première semaine de janvier, quel que soit le motif d'hospitalisation, avec une part la plus importante prise par les cas aigus puis par les PIMS.

Figure 12. Distribution des hospitalisations en réanimation pédiatrique pour COVID-19 aigus, PIMS et pour autres motifs



Réseau PICURE, 30/08/2021 au 09/01/2022

Dans le tableau suivant, seules sont reprises les données concernant les cas aigus de COVID-19. Sur la période, 86 cas de COVID-19 aigus ont été hospitalisés en service de réanimation pédiatrique. Les données montrent une augmentation du nombre de cas hospitalisés en réanimation en semaine 52 et au cours de la première semaine de janvier (Tableau 5).

Tableau 5. Distribution des cas de COVID-19 aigus pédiatriques hospitalisés en réanimation pédiatrique selon la présence de comorbidités

Réanimation pédiatrique (réseau PICURE)				
Semaine	Nombre de cas	Nombre de cas avec comorbidités	Eligibles à la vaccination	Vaccinés
2021-S35	1	1	1	0
2021-S36	2	1	1	0
2021-S37	1	0	0	0
2021-S38	5	1	0	0
2021-S39	1	0	0	0
2021-S40	1	0	0	0
2021-S41	0	0	0	0
2021-S42	2	2	0	0
2021-S43	1	0	0	0
2021-S44	3	2	0	0
2021-S45	1	1	0	0
2021-S46	4	1	0	0
2021-S47	6	2	0	0
2021-S48	6	3	0	0
2021-S49	3	3	1	0
2021-S50	7	2	0	0
2021-S51	6	2	1	0
2021-S52	17	12	7	2
2022-S01	19	7	1	0
Total	86	40	12	2

Réseau PICURE, 30/08/2021 au 09/01/2022

Quarante enfants avaient au moins une comorbidité (précisée pour 27 d'entre eux): affection cardiaque (7), drépanocytose (5), maladie respiratoire (7), maladie neurologique (5), obésité (3), déficit immunitaire (2), asthme (2) et une maladie congénitale (des comorbidités peuvent être associées chez certains patients). Douze enfants étaient âgés de plus de onze ans, deux d'entre eux âgés de 14 et 16 ans étaient vaccinés (2 doses) et présentaient la même comorbidité (drépanocytose). Six enfants sont décédés dont 4 présentant des comorbidités et pour cinq d'entre eux, l'imputabilité au SARS-Cov-2 était possible (inclus dans les données de mortalité SI-VIC ci-après).

Les analyses des données de l'étude PANDOR ont porté sur la période du 30 août 2021 au 05 janvier 2022 incluant 82 cas de COVID-19 aigus. Ne figurent ici les cas de Covid-19 aigus enregistrés dans cette étude (les PIMS et cas hospitalisés pour autre cause sont exclus).

Tous les enfants (n=82) avaient moins de 13 ans, dont 36 âgés de moins d'un an. Dix-neuf cas étaient pauci symptomatiques. Douze cas ont dû être transférés en réanimation. Dix-neuf enfants souffraient d'au moins une comorbidité : asthme (5, dont un associé à une atteinte neurologique), drépanocytose (5), maladie congénitale (5, dont deux avec atteinte neurologique et un avec atteinte respiratoire), atteinte cardiaque (3), atteinte respiratoire isolée (2) et un enfant avec à la fois une atteinte neurologique et respiratoire. Les deux enfants en âge d'être vaccinés ne l'étaient pas. Aucun décès n'est survenu.

Mortalité pédiatrique globale (données SI-VIC)

Depuis le début de l'épidémie, 30 enfants de moins de 18 ans sont décédés avec un diagnostic de COVID-19, dont 13 avaient moins de 5 ans, 5 avaient entre 5 et 11 ans et 12 entre 12 et 17 ans. Dans leur grande majorité, ils présentaient des comorbidités sévères.

► Synthèse au 13 janvier 2022

L'évolution de l'incidence des cas pédiatriques de COVID-19 hospitalisés est en cohérence avec la dynamique de l'épidémie en population générale. On observe une ré-ascension du nombre des cas depuis le 15 novembre 2021, s'intensifiant nettement au cours des 3 dernières semaines, principalement chez les nourrissons de moins d'un an.

Les données SI-VIC montrent que les cas pédiatriques hospitalisés représentent entre 3 % et 5 % du nombre total des cas de COVID-19 hospitalisés, sans augmentation de cette proportion au cours des dernières semaines.

Le nombre de cas pédiatriques hospitalisés pour Covid-19 en soins critiques, dont la réanimation, reste peu élevé, mais on observe une nette augmentation du nombre de ces cas au cours des 3 dernières semaines, surtout marquée chez les nourrissons de moins d'un an. Toutefois l'identification de cas co-infectés VRS et SARS-Cov-2 chez ces jeunes enfants peut rendre difficile l'imputabilité de la sévérité à l'un ou l'autre des virus.

En rapportant les cas pédiatriques aux cas symptomatiques en population générale, la part des hospitalisations en pédiatrie était de 0,28 % lors de la dernière vague (circulation du variant Delta exclusive, 2021-S22 à S40) contre 0,15 % lors de la période la plus récente à partir de la semaine 2021-S41. Si l'on prend comme référence les seuls cas pédiatriques symptomatiques, ces proportions passent respectivement à 1,4 % et 0,7 % pour les mêmes périodes.

Les PIMS, également en augmentation avec un décalage de 4 semaines par rapport aux cas de COVID-19 aigus, touchent surtout les enfants âgés de 3 à 11 ans, avec 71 % des cas de PIMS hospitalisés en réanimation ou en unité de soins continus. Les cas de PIMS observés actuellement sont essentiellement secondaires à des infections avec le variant Delta. Il est actuellement encore trop tôt pour anticiper quel sera l'impact du variant Omicron sur l'incidence des PIMS.

L'analyse qualitative des cas pédiatriques n'est pas en faveur d'une gravité accrue de la COVID-19 chez les enfants, à ce jour. Il est cependant trop tôt pour caractériser avec précision les cas pédiatriques hospitalisés et dus au variant Omicron, auquel semble pouvoir être attribué à ce stade une moindre sévérité.

Les résultats préliminaires de cette surveillance non exhaustive permettent d'objectiver l'évolution croissante du nombre de nouveau-nés admis en service de soins critiques en cohérence avec l'évolution de l'épidémie en population générale. Ils confirment ainsi la gravité potentielle d'une infection au SARS-CoV-2 de la mère pendant la grossesse et le péripartum. Ils soulignent l'importance de rappeler les mesures de prévention pendant la grossesse : la vaccination demeure fortement recommandée ainsi que l'application stricte des mesures barrière.

La vaccination de l'entourage des nourrissons, notamment des parents, est également essentielle.

Sources des données

SurSAUD (OSCOUR® et SOS Médecins) : Entre Janvier 2021 et Janvier 2022, les nombres hebdomadaires d'actes médicaux SOS Médecins et de passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 (c'est à dire ceux ayant fait l'objet d'un diagnostic médical codé en COVID-19) ont été analysés chez les enfants de moins de 1 an, 1 an, 2-4 ans, 5-11 ans et 12-17 ans. Les effectifs d'hospitalisation et leur proportion après passage pour suspicion de COVID-19 ont permis d'analyser la gravité de ces recours aux urgences.

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients infectés par le SARS-CoV-2 (présentant une PCR positive) ayant été admis à l'hôpital, ainsi que leur parcours de soins : dont admission en service en services de soins critiques (services de réanimation et autres services de soins critiques, comme les soins intensifs ou soins continus), en soins de suite et réadaptation (SSR) et que les décès survenus pendant l'hospitalisation, déclarés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai 2020).

Surveillance pédiatrique : Santé publique France, en partenariat avec les sociétés savantes pédiatriques, a mis en place en octobre 2021 une surveillance complémentaire des cas de COVID-19 pédiatriques hospitalisés. Cette surveillance a pour objectif d'identifier tout signal de gravité supplémentaire ou de nouvelles formes cliniques de l'infection, grâce à un recueil de données sur les caractéristiques des cas de COVID hospitalisés en réanimation ou en service de pédiatrie générale. Ce recueil fournit donc des informations qualitatives, complémentaires à celles recueillies via les systèmes existants (SI-VIC, SI-DEP) qui permettent de suivre les tendances. Cette nouvelle surveillance s'appuie sur deux réseaux préexistants :

- Réseau **PICURE** (Pediatric Intensive Care Unit Registry), incluant 42 services (39 centres hospitaliers, France entière), ciblant les nouvelles admissions COVID-19 dans les services de réanimation pédiatrique. Cette surveillance est menée en collaboration avec le Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques (GFRUP).
- Étude **PANDOR**, pilotée par le Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP) et l'Association Clinique et Thérapeutique Infantile du Val de Marne (ACTIV), avec participation d'environ 30% de l'ensemble des services de pédiatrie (métropole & Ile de la Réunion).

Cette surveillance vient en complément de la **surveillance volontaires des PIMS** mise en place en avril 2020 en coordination avec l'ensemble des sociétés savantes de pédiatrie. Les bilans ainsi que la méthode utilisée pour cette surveillance sont mis en ligne sur le site de Santé publique France le dernier jeudi de chaque mois (cf. [bulletin mensuel de la surveillance nationale des PIMS](#)).

Surveillance en service de néonatalogie : Ce système de surveillance a été créé pour répondre à l'absence d'un dispositif réactif de surveillance permettant de mesurer l'évolution du nombre de nouveau-nés hospitalisés en soins critiques (secteur soins intensifs et secteur réanimation) dans un contexte d'une infection maternelle au SARS-CoV-2 pendant la grossesse. Déployé en collaboration avec la Société Française de Néonatalogie, il est basé sur la remontée un jour donné chaque semaine, du nombre de nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, hospitalisés le lundi en soins critiques (secteur soins intensifs ou secteur réanimation) de niveau 3. Ce n'est donc pas un système qui recueille exhaustivement tous les nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2 hospitalisés en soins critiques. Les enfants inclus dans ce système de surveillance sont les nouveau-nés :

- Jusqu'à 28 jours après leur naissance pour les enfants nés à terme et 45 semaines après le premier jour des dernières règles de la mère pour les nouveau-nés prématurés et
- Hospitalisés dans l'un des 65 services de soins critiques de niveau 3 participants sur les 67 repartis sur le territoire national (France métropolitaine et outre-mer) le jour de la saisie des données et
- Nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, c'est-à-dire :
 - Présentant eux-mêmes une confirmation biologique d'infection au SARS-CoV-2, nécessitant une prise en charge en service de réanimation néonatale ou de soins intensifs du fait de l'infection ou du fait de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) ou
 - Porteurs ou non de l'infection, mais dont la mère a été infectée par le SARS-CoV-2 pendant sa grossesse ou le péripartum. Les enfants sont inclus quel que soit le délai entre l'infection maternelle et l'accouchement. L'inclusion des enfants dans la surveillance n'est pas conditionnée à la notion d'imputabilité entre l'infection maternelle et l'hospitalisation en niveau 3.

Nous remercions toutes les équipes des services de soins intensifs et de réanimation néonatale de niveau 3 participant à la surveillance néo-natale, les services de réanimation pédiatrique participant au réseau PICURE, tous les services participant à la surveillance des PIMS, et ceux participant à l'étude PANDOR. Nous remercions également pour leur contribution : la Société Française de Néonatalogie, la Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares, le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques, la Société francophone dédiée à l'étude des maladies inflammatoires pédiatriques, la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Cardiologie, filiale de Cardiologie pédiatrique et congénitale, et le Groupe de pathologies infectieuses pédiatriques.

Citer ce document : Quelle est la situation épidémiologique liée à la Covid-19 chez les 0-17 ans ? Le point sur. 13 janvier 2022. Saint Maurice : Santé Publique France, 17 p. Directrice de publication : Pr Geneviève Chêne. Dépôt légal : 13 janvier 2022