HAL
open science

Avis relatif à l'actualisation des recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans (HCSP, Avis et Rapports)

Christian Chidiac, Philippe Minodier, Nicole Vernazza, Yannick Aujard, Didier Lepelletier, Jean-Marc Brignon, Philippe Hartemann, Yves Levi, Francelyne Marano, Fabien Squinazi, et al.

To cite this version:

Christian Chidiac, Philippe Minodier, Nicole Vernazza, Yannick Aujard, Didier Lepelletier, et al.. Avis relatif à l'actualisation des recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans (HCSP, Avis et Rapports). [0] Haut Conseil de la Santé Publique. 2020. hal-02942559

HAL Id: hal-02942559

https://hal.science/hal-02942559v1

Submitted on 5 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'actualisation des recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans

9 septembre 2020

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 28 août 2020 par la Direction générale de la santé (DGS) au sujet de la progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 au sein de la population pédiatrique, afin d'actualiser les recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil d'enfants âgés de 0 à 3 ans, émises dans l'avis du HCSP du 10 juin 2020 [1] (Annexe 1).

Il est en particulier demandé au HCSP d'émettre des préconisations, sur :

- l'opportunité d'une évolution des règles relatives au port du masque pour les professionnels en fonction de l'évolution des conditions sanitaires ;
- la pertinence d'une obligation du port du masque pour les professionnels en présence des enfants, en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) ou en cas d'accueil d'enfants par un(e) assistant(e) maternel(le) ou une garde à domicile, en articulation avec l'avis du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 par aérosols et des recommandations sanitaires [2].

Afin de répondre à cette saisine en lien avec la pandémie de Covid-19 en cours et au mode de transmission du virus SARS-CoV-2, le HCSP a réactivé le groupe de travail (GT) « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » composé d'experts membres ou non du HCSP. Un sous-groupe dédié à cette saisine a été constitué (Annexe 2).

Le GT s'est appuyé sur une analyse des données épidémiologiques, des publications et de la documentation disponible ainsi que sur des auditions d'experts représentant de sociétés savantes ou d'institutions (Annexe 3).

Rappels chronologiques de la pandémie de Covid-19

- Le 30 janvier 2020, au regard de l'ampleur de l'épidémie Covid-19, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré qu'elle constituait une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI).
- Le 28 février 2020, la France est passée au stade 2 (foyers isolés) de l'épidémie d'infections à SARS-CoV-2, puis le 14 mars au stade 3 (circulation active du virus dans le pays).
- Le 17 mars 2020, le confinement de la population générale a été instauré, avec une limitation des déplacements autorisés.
- Le 11 mai, une levée progressive et contrôlée du confinement a été mise en œuvre. Après une seconde phase de déconfinement débutée le 2 juin, sa phase 3 a été engagée le 22 juin 2020.
- L'état d'urgence sanitaire a pris fin le 10 juillet 2020 à minuit [3]. Jusqu'au 30 octobre 2020, le Gouvernement peut prendre certaines mesures concernant, par exemple, les déplacements et les rassemblements. L'état d'urgence sanitaire est toutefois maintenu en Guyane et à Mayotte.

- Le lundi 20 juillet 2020, le port du masque a été rendu obligatoire dans tous les lieux publics clos sur tout le territoire. [4]. Le port du masque est depuis devenu obligatoire par arrêtés préfectoraux pour circuler dans certaines communes.

Le HCSP rappelle les données épidémiologiques publiées par l'agence Santé publique France actualisées au 3 septembre (Données plus détaillées en Annexe 4) [6]

En France métropolitaine, la progression de la circulation virale est exponentielle. La dynamique de la transmission en forte croissance est préoccupante avec une augmentation du nombre de cas, des clusters, des recours à l'hospitalisation traduisant la crainte d'un rebond de l'épidémie.
En semaine 35, 92 départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine et 19 départements avaient un taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte (50/100 000 hab.).
Si le nombre de patients testés est en augmentation, ceci n'explique pas la hausse des cas observée. Depuis début Juillet, le nombre de patients dépistés a été multiplié par un peu plus de 2, et le nombre de nouveaux cas par 12 (en semaine 35, 36 785 nouveaux cas confirmés sur 856 404 personnes testées).
La circulation virale est, en France métropolitaine, particulièrement active chez les adultes jeunes. Le défaut de suivi des mesures de prévention par les jeunes adultes pourrait expliquer cette augmentation. En revanche, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, particulièrement à risque pour la COVID-19, l'adhésion aux mesures de prévention est bien meilleure ce qui pourrait expliquer une circulation moindre dans cette population.
Bien qu'en augmentation et notamment en Provence Alpes Côte d'Azur, région où l'incidence est la plus forte, les indicateurs hospitaliers restent à des niveaux limités : en semaine 35, 1 337 nouvelles hospitalisations et 210 nouvelles admissions en réanimation. (…).
Dans les départements d'outre-mer, aux Antilles et à La Réunion, les indicateurs épidémiologiques confirment une augmentation de la circulation du SARS-COV-2. En Guyane et à Mayotte, l'épidémie est en régression mais le virus continue de circuler.

Le HCSP rappelle ses recommandations antérieures sur les mesures barrière à mettre en œuvre dans les EAJE, en particulier concernant le port du masque :

- Dans son avis du 30 avril 2020 relatif à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 [5], le HCSP préconise en complément des gestes barrière :
  - *« Les personnels des EAJE porteront un masque grand public au contact des enfants dans la mesure du possible et d'impossibilité de respecter la distance physique d'au moins 1 mètre et lors de tous déplacements ou regroupements entre personnels.*
  - *Dans tous les cas, **le port d'un masque complète les gestes barrières et ne les remplace pas.***
  - *Il n'est pas recommandé de faire porter un masque aux enfants. Le port du masque systématique est difficile chez les enfants avec un risque de mésusage (difficulté de port adéquat, manipulations fréquentes, etc.). Il peut être même dangereux pour les plus petits (étouffement). Par ailleurs, le risque de transmission du virus à partir des enfants semble très faible.* »

- L'avis du 10 juin 2020 relatif à l'adaptation de ces mesures dans les EAJE en phase 3 du déconfinement [1] indique pour le port du masque :
  - *« Les personnels en contact avec les enfants doivent maintenir les mesures barrières telles que l'hygiène des mains fréquente et le port de masque lorsque celui-ci est indiqué. Il s'agit d'un masque « grand public » pour l'ensemble des personnels, sauf pour ceux jugés à risques de formes graves de Covid-19 pour lesquels un masque à usage médical est recommandé :*
    - *le port du masque par les personnels trouve sa justification lors des moments de rencontre entre adultes (personnels et parents) ou lorsque la distance d'au moins 1 mètre entre adultes ne peut être respectée ou garantie. Il n'est pas recommandé en présence des enfants ;*

- *les modalités pour le rangement sécurisé du masque (repli sans contacts extérieur/intérieur, pochette individuelle, accroche isolée…) doivent être précisées ;*
- *il n'est pas recommandé de faire porter un masque aux enfants.»*

- L'avis du 7 juillet 2020 relatif à l'adaptation des mesures concernant les différentes doctrines à appliquer dans les milieux scolaire et universitaire et pour l'accueil collectif des mineurs selon l'évolution de la circulation du virus SARS-CoV-2 dans le cadre de la préparation à la rentrée de septembre 2020 [7], répète que « *dans le cadre de l'adaptation des mesures et sous réserve que la circulation du virus n'évolue pas de façon défavorable, le port du masque par les personnels des EAJE trouve sa justification lors des moments de rencontre entre adultes (personnels et parents) ou lorsque la distance d'au moins 1 mètre entre adultes ne peut être respectée ou garantie en permanence. Il n'est pas recommandé en présence des enfants. Le HCSP recommande que cette préconisation soit aussi appliquée dans les maternelles.*

- Dans son avis du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 par aérosols et des recommandations sanitaires [2], le HCSP recommande :
  - *« dans tous les lieux clos publics et privés collectifs, le port d'un masque grand public de préférence en tissu réutilisable, couvrant le nez et la bouche et répondant aux spécifications de la norme AFNOR S76-001 ou, pour les masques importés, aux spécifications d'organismes de normalisation similaires;*
  - *le port d'un masque à usage médical par les personnes à risques de formes graves de Covid-19 ;*
  - *en cas de rassemblements avec une forte densité de personnes en extérieur, le port du masque grand public, de préférence en tissu réutilisable, couvrant le nez et la bouche, répondant aux spécifications de la norme AFNOR S76-001».*

LE HCSP tient compte

- Des recommandations du guide Ministériel Covid-19 – Modes d'accueil du jeune enfant. Rentrée 2020 mis à jour le 30 Août 2020 [8].

- Des constats de la Société française de Pédiatrie [9] à partir de son analyse des publications internationales récentes concernant la Covid-19 chez l'enfant et le risque de transmission du SARS-COV2 (Annexe 5) dont :
  - *L'enfant, et en particulier l'enfant de moins de 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.*
  - *Il est très probable que l'enfant exposé à un cas contaminant s'infecte moins qu'un adulte.*
  - *L'enfant infecté est plus souvent asymptomatique, et les formes sévères hospitalisées sont rares.*
  - *Les bénéfices éducatifs et sociaux apportés par l'école sont très supérieurs aux risques d'une éventuelle contamination par SARS-CoV2 de l'enfant en milieu scolaire* même s'il est trop tôt pour évaluer réellement la capacité de résilience des enfants et ce qu'il en restera chez eux des peurs et des comportements (notamment l'usage du masque) des parents comme des professionnels de santé.

- De la synthèse des recommandations internationales présentée en annexe 6 du présent avis pour la petite enfance de moins de trois ans (Annexe 6).

- Des avancées sur les masques transparents
  Deux types de masque à fenêtre transparente ont été approuvés par la DGA (Direction Générale de l'Armement) depuis le 18 aout. Ces masques ont été initialement développés pour répondre aux besoins des personnes sourdes ou présentant un handicap cognitif ou

intellectuel, qui nécessitent de voir les lèvres et/ou l'expression de leur interlocuteur pour les comprendre. Ces masques pourraient également être utilisés dans le cadre de la petite enfance et les crèches ou l'orthophonie. Ont été approuvés les masques de la marque Masque Inclusif®, conçu par une start-up française et produit par APF Entreprises (France Handicap), et ceux de la marque Masque Sourire®, produit par Odiora dont les masques seront en partie fabriqués dans des entreprises adaptées et Esat. Deux autres prototypes pourraient également être très prochainement validés par la DGA.
https://informations.handicap.fr/a-1ers-masques-transparents-bientot-commercialises-13092.php

- **De l'analyse et de la perception du risque de transmission en EAJE à partir des auditions des représentants de la Société Française de Pédiatrie, de l'Association française de pédiatrie ambulatoire et des responsables de PMI.**
  - Les pédiatres auditionnés décrivent une bonne adaptation des jeunes enfants y compris les plus petits, au port de masques par les adultes professionnels les prenant ponctuellement en charge avec une acceptabilité satisfaisante dans la relation adultes-enfants. (Enfants non effrayés, obtention spontanée de sourires réponses…).
  - D'après les professionnels de la petite enfance auditionnés (voir annexe 3), il n'est pas possible actuellement de conclure sur l'impact du port de masque par les adultes sur le développement des enfants, par manque de données scientifiques. Cette évaluation apparait difficile du fait de l'impact de la pandémie au sens large sur la population, en particulier chez les adultes entourant les enfants (anxiété, modifications des comportements…). D'après leur expérience de terrain forcément parcellaire et en l'attente de données, le port de masque chez les adultes ne semble pas pour l'instant s'accompagner de préjudice pour le petit enfant. L'impact sur le développement des petits nourrissons, d'une vie permanente (H24) auprès d'adultes masqués (comme ce serait le cas dans une pouponnière de l'Aide Sociale à l'Enfance par exemple), n'est pas évalué.
  - Certains enfants avec des troubles du développement (autisme), des troubles psychiques ou un handicap neurosensoriel (surdité) pourraient être plus gênés dans l'interaction avec des personnes masquées. Ainsi le port systématique du masque par les professionnels n'apparait pas adapté lors de la prise en charge de tels enfants
  - Il est possible de communiquer avec les enfants sans trouble du développement trouble psychique ou handicap neurosensoriel, autrement que par les expressions de la face : on peut utiliser le langage, les mimiques du front et les expressions du regard, le toucher, l'attitude corporelle en général pour interagir avec eux et conserver une relation bénéfique et positive.
  - L'utilisation de masques avec fenêtre transparente, nouvellement validés par la Direction Générale des Armées (DGA), est peut-être une possibilité d'améliorer cette interaction avec les enfants, particulièrement avec ceux ayant des difficultés relationnelles.
  - Le port systématique du masque par les professionnels apparaît comme un élément rassurant de prévention du risque chez les professionnels de l'enfance et les parents d'enfants quand plusieurs adultes sont au contact des enfants, par exemple dans les crèches, même si le risque de transmission entre enfants et entre enfants et adultes est plus faible qu'entre adultes. Le risque de transmission au sein des EAJE apparait actuellement essentiellement entre adultes professionnels de l'enfance eux-mêmes.
  - La généralisation du port de masque chez les professionnels peut permettre de réduire le nombre de cas groupés dans les EAJE ainsi que le risque de quarantaine sectorisée (dans des sections de crèches) ou celui de la fermeture partielle ou totale d'un EAJE.

- Il existe des différences de risque de transmission du virus SARS-VCoV-2 au sein des EAJE en fonction de leur organisation collective (Crèche, pouponnière) ou individuelle (Assistance maternelle). En effet, dans le mode de garde par assistance maternelle, les enfants, en nombre limité, interagissent avec un seul adulte, le professionnel de l'enfance, dans un espace limité (hors promenade), dans l'exercice de sa fonction. Le risque apparait davantage élevé en garde collective où il y a de nombreux intervenants professionnels de l'enfance. Il est logique de décliner une recommandation du port systématique en tenant compte de ces niveaux de risque. Chez une assistante maternelle où le risque est globalement faible, on peut probablement limiter le port du masque aux interactions proches, lors de soins au niveau du visage ou entre adultes par exemple. Dans les structures collectives, le risque de transmission d'adulte à enfant est plus important et diffus, et le port du masque devrait être plus fréquent.

Au total :

- L'objectif de l'adaptation des recommandations du HCSP sur le port de masque chez les professionnels de l'enfance est de prévenir et réduire le nombre de cas groupés dans les EAJE en cette période de forte circulation du virus. Ces recommandations sont donc transitoires et peuvent évoluer en fonction du niveau de circulation du virus en France.
- Le HCSP rappelle avant tout que le port de masque s'inscrit dans une stratégie globale de prévention du risque et la nécessité d'appliquer l'ensemble des autres mesures : hygiène des mains, respect de l'ensemble des gestes barrières entre professionnels de l'enfance, distance physique par groupes/sections d'enfants, le nettoyage des locaux et des jeux/doudous et la ventilation/aération des locaux et la gestion du flux et de la densité des adultes au contact des enfants. Les professionnels symptomatiques ne doivent pas se rendre sur leur lieu de travail et doivent s'isoler et rentrer chez eux en cas d'apparition de symptômes évoquant la Covid-19.
- Les masques recommandés doivent être des masques « grand public » en tissu réutilisables garantissant une performance de filtration proche de celle des masques à usage médical de type UNS I validées la DGA. Le port de tels masques grand public par les professionnels au contact d'enfant positifs ne doit pas les définir comme contact à haut risque. Ces masques grand public validés par la DGS devraient être recommandés pour la population générale.
- Les masques avec fenêtre transparente semblent intéressants pour les interactions avec certains enfants, dont il conviendrait de travailler pour améliorer leur disponibilité et leur prix élevé. Les masques pour les assistantes maternelles pourraient être pris en charge par les collectivités.
- Le HCSP rappelle que l'efficacité d'un masque dépend au-delà de ses caractéristiques techniques, de la façon de le porter : un port correct doit couvrir le nez, la bouche et le menton en évitant les manipulations répétées. Le port systématique et continu du masque (dans la mesure du possible et de la tolérance) permet de réduire les contacts mains-visage et donc les fautes d'asepsie.

Tableau. Stratégies de prévention associant différentes mesures pour les EAJE avec mode de garde collectif (Ex. crèches)

Cette approche proposée par le HCSP est essentiellement qualitative, sans donnée scientifique pour quantifier la part mesurée de réduction du risque. Ces stratégies sont à mettre en regard du niveau de circulation du virus dans la population générale.

Mesures de prévention	**Circulation active du SARS-CoV-2**	**Circulation sous contrôle du SARS-CoV-2**
	Stratégie 1	Stratégie 2
Distance physique d'au moins 1 mètre entre les enfants	Non	Non
Distance physique entre sections/groupes d'enfants	Oui	Non
Brassage des enfants	Non	Oui
Respect des gestes barrières	Oui	Oui
Hygiène des mains fréquente	Oui	Oui
Port d'un masque par les adultes et les enfants > 11 ans	Systématique entre adultes et enfants	Uniquement entre adultes
Nettoyage des locaux	Oui, renforcé en fréquence et avec désinfection	Habituel
Nettoyage/Désinfection adapté des jouets	Quotidien	Habituel
Ventilation (règlementaire) et aération régulière des locaux	Oui	Oui
Politique sanitaire avec référent Covid-19 et capacité à l'auto-éviction en cas de symptômes (ou capacité rapide de dépistage) chez des professionnels de l'enfance	Oui	Oui

Simulation/proposition - Développement des différentes stratégies en fonction du niveau de circulation du virus au niveau département, régional ou national

Le niveau de circulation du virus doit être défini et estimé par Santé publique France (SpF) à partir des données épidémiologiques (nombre de cas positifs / 100 000 habitants par ex.).

- Circulation active : Stratégie 1
- Sous contrôle : Stratégie 2

Le HCSP recommande

D'une manière générale

- D'appliquer une stratégie globale de prévention du risque et de désigner un référent Covid-19 au sein de l'EAJE. Les assistantes maternelles agrées ont pour référent Covid-19 la MPI. Le CESU peut également transmettre des informations sanitaires.
- De mettre en œuvre une communication pédagogique simple envers les familles expliquant les règles de prévention définies dans l'EAJE ou au domicile des assistantes maternelles, à l'aide éventuelle de supports nationaux. Les mesures de prévention spécifiquement liées au Covid-19 (en particulier le port de maque) s'ajoutent à celles permanentes sur les autres maladies infectieuses transmissibles.
- De respecter les mesures barrières entre adultes (entre professionnels y compris pendant les pauses et entre professionnels et parents) (cf. ci-après les recommandations spécifiques pour le port du masque).
- De maintenir la réalisation d'une hygiène des mains fréquente avec de l'eau et du savon ou un produit hydro-alcoolique pour les adultes (avec un temps de friction de 30 secondes), seulement, nécessitant une mise à disposition des matériels (ex. distributeur, essuie-main, poubelle, etc.) et produits.
- D'assurer une gestion de l'environnement des locaux (ventilation, aération et nettoyage des locaux et petites surfaces touchées par les enfants, nettoyage du linge).
- De maintenir l'hygiène active des jouets et doudous.
- D'établir des règles de circulation et de fréquentation des espaces communs par les adultes pour éviter les contacts rapprochés entre eux.
- D'appliquer une vigilance particulière pour les professionnels symptomatiques à leur domicile (ne pas se rendre sur son lieu de travail) et d'auto-éviction sur le lieu de travail si les symptômes surviennent pendant l'activité professionnelle.
- De définir avec les autorités sanitaires et administratives compétentes, les critères de fermeture partielle ou totale d'un EAJE en cas d'apparition d'un ou plusieurs cas de Covid-19 confirmés, et les conditions de réalisation de tests virologiques de dépistage.
- De rendre accessible les masques à usage médical avec fenêtre transparente récemment validés par la DGA, et de subventionner leur achat par les collectivités.
- De rappeler les conditions d'efficacité d'un masque, couvrant le nez, la bouche et le menton.
- De promouvoir les masques avec fenêtre transparente pour les interactions avec certains enfants en les rendant accessibles par une diminution des coûts.
- Que les masques pour les assistantes maternelles soient pris en charge par les collectivités.
- D'appliquer les mêmes stratégies de prévention dans les établissements d'aide sociale à l'enfance de moins de trois ans (pouponnière, accueil mère/enfant) que dans les crèches collectives.
- De mettre en œuvre des études en sciences humaines et sociale et en neurosciences pour évaluer l'impact à distance du port du masque par les adultes sur le développement des jeunes enfants.

Pour les familles

- Que les parents portent (nez et bouche) un masque grand public en tissu réutilisable validés par la DGA au sein des structures collectives s'ils y pénètrent ou au domicile de l'assistante maternelle ainsi que lors de toute interaction entre adultes ou enfants de plus de 11 ans.

Pour les enfants en EAJE

- De ne pas faire porter de masque aux enfants.

Pour les professionnels de l'enfance en mode de garde collectif (ex. crèches)

- Par rapport aux précédentes recommandations du HCSP (port du masque entre adultes uniquement), l'indication du port de masque systématique est élargie aux contacts avec les enfants dans le cadre des stratégies 1 (Cf. tableau). Une dérogation au port du masque systématique peut être proposée lors de contacts avec des enfants stressés et angoissés par le port de masque par les adultes ou présentant des troubles du comportement, des difficultés relationnelles ou présentant un handicap.

Pour les professionnels de l'enfance travaillant en établissements relevant de l'Aide sociale à l'enfance (pouponnière, accueil mère enfant de moins de 3 ans)

- Que les professionnels de l'enfance de moins de 3 ans portent un masque uniquement lors de contacts entre adultes, lors des contacts rapprochés avec un professionnel et lors de contacts avec plusieurs professionnels.

Pour les assistantes maternelles

- Que les assistantes maternelles ne portent pas de masque lorsqu'elles sont seules avec un ou plusieurs enfants.
- Que les assistantes maternelles portent un masque, seulement dans les situations suivantes :
  - en présence des parents,
  - lors des rencontres en structure collective,
  - lors de contacts entre adultes dans le domicile,
  - ou dans le cas de garde d'enfants ayant été identifiés comme à risque particulier.

  Un masque à usage médical (si possible avec fenêtre transparente) peut être porté lors des soins rapprochés au niveau du visage des enfants. Les autres personnes éventuellement présentes au domicile de l'assistante maternelle doivent également porter un masque grand public en tissu réutilisable validé par la DGA.
- D'appliquer l'ensemble des autres mesures barrières (Cf. tableau).

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles notamment sur les conséquences sur le développement des jeunes enfants à la date de rédaction de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Validé le 09 septembre 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique.

Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Préconisations du 10 juin 2020 relatives Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE) pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 en phase 3 du déconfinement. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=857

2. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 par aérosols et des recommandations sanitaires,
Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=894,

3. Loi no 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire. Publiée au JORF du 10 juillet 2020. NOR: PRMX2013758L. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000042101318&categorieLien=id

4. Décret n° 2020-884 du 17 juillet 2020 modifiant le décret n° 2020-860 du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé. Publié au JORF du 18 juillet 2020. NOR: SSAZ2018225D.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000042124104&categorieLien=id

5. Haut Conseil de la santé publique. Préconisations du 30 avril 2020 du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=827

6. Santé publique France. Coronavirus (COVID-19). Chiffres clés, interviews d'experts, questions-réponses, outils de prévention…tout savoir sur le coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, son évolution en France et dans le Monde, et l'action de Santé publique France. Le point sur la situation
Disponible sur https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19

7. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 7 juillet 2020 relatif à l'adaptation des mesures concernant les différentes doctrines à appliquer dans les milieux scolaire et universitaire et pour l'accueil collectif des mineurs selon l'évolution de la circulation du virus SARS-CoV-2 dans le cadre de la préparation à la rentrée de septembre 2020. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=877

8. Guide ministériel Covid-19 – Modes d'accueil du jeune enfant. Rentrée 2020. 30 août 2020. Actualisation des consignes nationales pour la rentrée 2020 dans les modes d'accueil du jeune enfant (0-3 ans). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid19-guide_ministeriel-accueil_0-3ans-rentree.pdf

9. Société française de pédiatrie. Covid 19 et écoles. Propositions de la société française de pédiatrie. Version actualisée au 1er septembre 2020. https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/Propositions_Ecoles_SFP_Def%200109.pdf

Annexe 1 – Saisine du Directeur général de la santé du 28 aout 2020

De : SALOMON, Jérôme (DGS) <Jerome.SALOMON@sante.gouv.fr>
Envoyé : vendredi 28 août 2020 10:25
À : CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP) <franck.chauvin@sante.gouv.fr>
Objet : Saisine HCSP - progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 au sein de la population pédiatrique
Importance : Haute

Monsieur le Président, Cher Franck,

Dans le cadre de l'évolution du niveau de circulation du virus, nous souhaiterions solliciter votre avis sur la progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 au sein de la population pédiatrique, afin d'actualiser les recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil d'enfants âgés de 0 à 3 ans.

Les recommandations sanitaires actuellement applicables reposent sur votre avis du 10 juin « *Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE) pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 en phase 3 du déconfinement* », qui indique que « *le port du masque par les personnels trouve sa justification lors des moments de rencontre entre adultes (personnels et parents) ou lorsque la distance d'au moins 1 mètre entre adultes ne peut être respectée ou garantie. Il n'est pas recommandé en présence des enfants* ».

En complément de cet avis, pourriez-vous formuler des préconisations sur l'opportunité d'une évolution des règles relatives au port du masque pour les professionnels en fonction de l'évolution des conditions sanitaires ? En particulier, pourriez-vous formuler un avis sur la pertinence d'une obligation du port du masque pour les professionnels en présence des enfants, en établissement d'accueil du jeune enfant ou en cas d'accueil d'enfants par un assistant maternel ou une garde à domicile, en articulation avec votre avis du 23 juillet « *Actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 par aérosols et des recommandations sanitaires* » ?

Mes services se tiennent à votre disposition pour vous apporter tous les compléments que vous jugerez utiles.

Je souhaite recevoir vos préconisations pour le 1er septembre après-midi.

Un grand merci d'avance !

Amitiés,
Jérôme
Professeur Jérôme SALOMON
Directeur général de la Santé
www.solidarites-sante.gouv.fr

Annexe 2 - Composition du groupe de travail ayant élaboré ces recommandations

Membres qualifiés de la Commission spécialisée *« maladies infectieuses et maladies émergentes » :*

- Christian CHIDIAC, Président de la CS MIME, Président du comité permanent Covid-19
- Philippe MINODIER
- Nicole VERNAZZA

Membres qualifiés de la Commission spécialisée *« système de santé et sécurité des patients » :*

- Yannick AUJARD
- Didier LEPELLETIER, vice-président de la CS 3SP, Co-président du groupe permanent Covid-19, pilote du groupe de travail pour la réponse à cette saisine

Membres qualifiés de la Commission spécialisée *« risques liés à l'environnement »*

- Jean-Marc BRIGNON
- Philippe HARTEMANN
- Yves LEVI
- Francelyne MARANO, vice-présidente de la CS-RE
- Fabien SQUINAZI, copilote du groupe de travail

Membre qualifié de la Commission spécialisée « *Maladies chroniques* »

- Agathe BILLETTE de VILLEMEUR

Représentante de Santé publique France :

- Anne BERGER-CARBONNE

Représentants de l'ANSES

- Nicolas ETERRADOSSI
- Gilles SALVAT

Experts extérieurs au HCSP

- Brigitte MOLTRECHT, DGESCO, Ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports
- Éric GAFFET, UMR 7198, CNRS - Université de Lorraine

<u>Secrétariat général du HCSP</u>

- Camille BRUAT
- Annette COLONNIER

Annexe 3 - Liste des experts auditionnés le 03 septembre 2020

Mme la Pr E LAUNAY (Société française de Pédiatrie)

Mmes les Dr E HAUSHERR et M MARMIER (PMI Paris)

Mme la Dr F KOCHERT (présidente de l'Association française de pédiatrie ambulatoire)

Annexe 4 - Données épidémiologiques de SpF actualisées au 3 septembre 2020 (synthèse disponible sur https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-3-septembre-2020)

En France métropolitaine,

En semaine 35 (du 24 au 30 août 2020), les nombres de nouveaux cas confirmés et donc le taux d'incidence hebdomadaire, le taux de positivité des prélèvements poursuivent l'augmentation. Les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, les nouvelles admissions en hospitalisation conventionnelle ainsi que les admissions en réanimation pour COVID-19, bien qu'encore limitées, poursuivent également leurs augmentations.

L'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 se poursuit avec 34 750 cas enregistrés en semaine 35 soit une augmentation de +33% par rapport à la semaine précédente. Près de la moitié des cas présentait des symptômes, 97% avaient été diagnostiqués en ville, 2% des cas étaient hospitalisés et 1% étaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En semaine 35, 79% des personnes testées étaient asymptomatiques.

Le taux d'incidence en semaine 35 était de 53,4 cas/100 000 habitants en France métropolitaine (vs. 40,2 en S34, +33%).

Si l'augmentation des cas touche toutes les tranches d'âge, ce sont les jeunes adultes (15-44 ans) qui sont les plus touchés (100,5 cas / 100 000 hab en S35 vs. 75,6 en S34) et notamment les 15-19 ans chez qui l'augmentation est la plus importante (+44%).

En semaine 35, 92 départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine (versus 78 départements en S34) et 19 départements avaient un taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte (50/100 000 hab.) dont l'ensemble des départements d'Ile de France ainsi que 4 des 6 départements de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les Bouches-du-Rhône (177/100 000 hab. en S35 vs 151/100 000 hab en S34), à Paris (145/ 100 000 hab en S35 vs 100 en S34, en excluant les dépistages dans les aéroports) et dans le Val-de-Marne (126/100 000 hab en S35 vs 85 en S34).

Le nombre de reproduction effectif (R effectif) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) est resté significativement supérieur à 1 en France métropolitaine (R effectif= 1,29) ainsi que dans l'ensemble des régions métropolitaines et est légèrement en baisse par rapport à l'estimation de la semaine précédente (1,38). Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression.

Le taux de positivité (4,3 en S35) était également en augmentation (+15% par rapport à S34) et ce pour la huitième semaine consécutive.

Depuis début juillet (semaine 29), la progression de l'épidémie est exponentielle (données SI-DEP) et le temps nécessaire pour que le nombre de cas double est estimé à 13,8 jours. Ce temps de doublement est relativement stable par rapport à la semaine précédente (estimé à 14 jours en semaine 34).

Le nombre de personnes testées est en augmentation en S35 (+16%) par rapport à la semaine précédente mais cette augmentation reste inférieure au rythme de progression des cas confirmés. Depuis début juillet (S28), le nombre de personnes testées a été multiplié par un peu plus de 2 alors que le nombre de nouveaux cas de COVID-19 a été multiplié par 12 (335 576 personnes testées en S28, 809 540 en S35 ; 2 841 nouveaux cas identifiés en S28, 34 750 cas en S35). L'augmentation des cas observée signe une augmentation de la circulation virale en France métropolitaine et n'est pas uniquement liée à une augmentation des dépistages.

En médecine générale, le taux d'incidence des cas d'IRA du réseau Sentinelles est resté stable par rapport à la semaine précédente. En revanche, le taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) et la part des patients testés positifs étaient en augmentation.

En milieu hospitalier, pour la 4ème semaine consécutive, une augmentation du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 a été observée (+10% en comparaison à la S34).

Le R effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) était cette semaine significativement supérieur à 1 avec un R effectif estimé à 1,13 (IC95% : 1,08-1,17) et stable par rapport à l'estimation produite la semaine précédente. L'augmentation des passages aux urgences est portée par l'augmentation observée dans certaines régions dans lesquelles des R effectifs régionaux sont significativement supérieurs à 1 (Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Au niveau régional, les deux estimations de R effectif (SI-DEP et OSCOUR) étaient simultanément significativement supérieures à 1 en Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand-Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces régions conjuguent ainsi une augmentation des nombres de cas ainsi que des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.
Les estimations du R effectif ne doivent pas être analysées de façon isolée, mais être confrontées aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations, clusters …).

Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19, s'il reste modéré, est en augmentation pour la sixième semaine consécutive et depuis juillet, on note une hausse de la proportion des moins de 40 ans (19% vs 8% sur la période mai-juin). C'est en région Provence-Alpes-Côte d'Azur que le taux d'hospitalisation est le plus important. Cependant, dans toutes les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 3,0 pour 100 000 habitants. La même tendance est observée pour le taux d'admission en réanimation (210 admissions, soit +21% vs S34) et notamment en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,9/100 000 habitants) où l'augmentation se poursuit. Le nombre de décès survenu lors d'une hospitalisation reste en revanche stable par rapport à la semaine précédente.

Après plusieurs semaines d'augmentation, le nombre de nouveaux clusters détectés en France s'est stabilisé avec 175 clusters signalés en semaine 35 (hors Ehpad). Parmi les clusters en cours d'investigation (357 le 31 août), les types de collectivités les plus représentées étaient les entreprises publiques et privées (hors établissements de santé), les évènements publics/privés (rassemblements temporaires de personnes), les établissements de santé ainsi que le milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux).

Le nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) après plusieurs semaines d'augmentation s'est stabilisé en S35. Ces épisodes s'accompagnent d'une augmentation des cas notamment chez le personnel. Le nombre de cas chez le personnel est ainsi plus important que le nombre de cas chez les résidents notamment cette dernière semaine. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations récentes de dépistage par RT-PCR des professionnels de santé présentant des symptômes ou ayant eu une exposition à risque afin d'éviter toute diffusion dans les établissements accueillant des populations particulièrement à risque. (…)

Les données recueillies par la Cnam montraient une augmentation des nombres de cas et de personnes contacts à risque depuis le mois de juin avec une forte accélération sur les dernières semaines. Cette augmentation de l'activité de contact tracing s'accompagne d'une diminution du nombre de contacts à risque identifiés par cas. En semaine 35, la moyenne du nombre de personne-contacts à risque était de 2,3 contre 4,3 en semaine 29.

La mortalité est actuellement dans les marges de fluctuation habituelle en France métropolitaine, tous âges confondus.

Les analyses de risque contextualisée permettent de classer chaque département selon un niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) traduisant à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population. Cette semaine, 9 nouveaux départements métropolitains ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé portant à 19 le nombre total de départements ainsi classés : Alpes Maritimes, Bouches du Rhône, Côte d'Or, Gard, Gironde, Hauts-de Seine, Haute Garonne, Hérault, Loiret, Seine et Marne, Paris, Rhône, Sarthe, Seine-Saint-Denis, Val d'Oise, Val-

de-Marne, Var, Vaucluse, Yvelines. Onze départements sont passés cette semaine en niveau de vulnérabilité modéré portant à 34 le nombre de départements ainsi classés en France métropolitaine.

En France métropolitaine, Provence Alpes Côtes d'Azur et Ile de France sont les deux régions les plus touchées par la circulation virale.

Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) :

- Aux Antilles, la circulation virale est active sur l'ensemble des territoires et en progression. En Guadeloupe, le nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation sont en augmentation par rapport à la semaine précédente. Une tension hospitalière est rapportée à Saint-Martin. En Martinique le nombre d'admission en réanimation reste stable. La Guadeloupe rapporte 2 clusters à criticité élevée en cours d'investigation et la Martinique en rapporte 2. La Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélémy et la Martinique sont classés en niveau de vulnérabilité élevée.
- A l'Ile de la Réunion, la circulation virale est en augmentation et le nombre de nouvelles admissions en réanimation est en augmentation. Il n'y a plus de cluster (hors Ehpad) en criticité élevée en cours d'investigation. Le territoire reste au 2 septembre en niveau de vulnérabilité modéré.
- En Guyane, l'épidémie continue de régresser lentement. Les nouvelles hospitalisations restent stables. Aucun nouveau cluster n'a été rapporté en semaine 35. Un cluster à criticité élevée reste en cours d'investigation. Le niveau de vulnérabilité reste élevé.
- A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, le taux d'incidence est en légère augmentation du fait d'actions de dépistage autour de clusters. Le taux de positivité est en diminution. Il n'y a aucun cluster à criticité élevée en cours d'investigation. Mayotte reste classé en niveau de vulnérabilité modéré.

Annexe 5 - Analyse à partir de la littérature concernant l'infection et la transmission du SARS COV-2 chez les enfants de moins de 3 ans (source : Société françaises de pédiatrie [8] et données complémentaires).

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

- 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.
- Expérience coréenne : dépistage autour des cas index (=1er cas identifié) (Park et al.2020 Jul 16;26(10) : Évaluation de 59073 contacts autour de 5706 cas index. 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 » (=1er 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. Cette étude, démontrant une très faible contamination secondaire parmi les enfants au sein d'un état, est rassurante et suggère que les précautions données par ICDC (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-childcare.html#CleanDisinfect) concernant la prévention de l'infection peuvent jouer un rôle dans la limitation du développement de foyers.

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, 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 (Age 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 comparé à l'adulte

- 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).
- 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'adule (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).
- Transmissibilité intrafamiliale : Maltezou et al. J Med Virol 2020 Aug 7. Expérience grecque de 23 clusters familiaux. Adulte est le 1er 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.

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

- Transmission intrafamiliale : expérience suisse (Posfay-Barbe et al. Pediatrics 2020 ;146 :e20201576). Évaluation rétrospective de 40 cas < 16 ans parmi 4310 patients. Formes asymptomatiques 57% chez les enfants, versus 15% chez les adultes.
- Transmissibilité intrafamiliale : 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. 21% (12–31%) chez les 10-19 ans versus 69% (57–82%) chez les >70 ans.
- 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.

Données supplémentaires publiées récemment mettant en évidence des situations diverses selon les pays.

- **La situation aux Pays Bas** :
  RIVM - MàJ 31 août 2020: Children and schools
  https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19
  Le nombre d'enfants infectés par le nouveau coronavirus est faible. Au cours des deux premières semaines de juin 2020, 3 500 enfants âgés de 0 à 6 ans qui avaient des symptômes de rhume ont été testés. 0,5 % de ces enfants ont été testés positifs. Ce pourcentage était plus élevé chez les enfants qui ont été testés au cours de la même période s'ils avaient été en contact avec un patient COVID-19 : 14,3 %.

- La situation aux États-Unis
  https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932e3.htm?s_cid=mm6932e3_
  Lindsay Kim, Michael Whitaker, Alissa O'Halloran et al, Hospitalization Rates and Characteristics of Children Aged <18 Years Hospitalized with Laboratory-Confirmed Covid-19.

  La plupart des infections signalées au SARS-CoV-2 chez les enfants âgés de moins de 18 ans sont asymptomatiques ou bénignes. On en sait moins sur les COVID-19 graves chez les enfants nécessitant une hospitalisation. L'analyse des données pédiatriques sur l'hospitalisation de Covid-19 dans 14 États a révélé que, bien que le taux cumulatif d'hospitalisation associée à Covid-19 chez les enfants (8,0 pour 100 000 habitants) soit faible par rapport à celui des adultes (164,5), un enfant hospitalisé sur trois a été admis dans une unité de soins intensifs. Les auteurs analysent les répercussions sur la pratique de la santé publique aux États-Unis. Les enfants peuvent être à risque de covid-19 sévère. Le renforcement des efforts de prévention est essentiel dans les milieux de rassemblement des enfants, y compris les garderies et les écoles.

Annexe 6 – Recommandations internationales concernant les accueils des jeunes enfants

- Royaume-Uni :
  - Le gouvernement ne recommande pas le port du masque au sein des établissements scolaires et des établissements de garde d'enfants, même dans le cas où il n'est pas possible de respecter une distanciation de deux mètres entre individus. Le masque est recommandé uniquement dans le cas où un enfant ou un employé présente des symptômes de la Covid-19 lorsque la distance minimale de 2 mètres ne peut être respectée. La prévention est plutôt axée sur un renforcement du lavage des mains au savon ou avec une solution hydro alcoolique.
  - Public Health England ne recommande pas l'utilisation du masque au sein des crèches, par les assistantes maternelles ni au sein des écoles et des universités, excepté dans « certaines circonstances ». les raisons en sont que :
    - Les enfants, jeunes personnes et personnel sont mélangés en groupes constants ;
    - Une mauvaise utilisation du masque peut accidentellement augmenter le risque de transmission du virus ;
    - Les masques peuvent avoir un impact négatif sur la communication et donc sur l'éducation de l'enfant.

- Pays de Galles : Le gouvernement ne recommande pas le port du masque. Le Chief Medical Officer plaide pour que la décision du port du masque revienne aux individus eux-mêmes, sans le rendre obligatoire au vu du niveau de preuve actuel de son bénéfice.

- USA / CDC : Le port du masque est recommandé lorsque le personnel se déplace à l'extérieur de la structure, en public. Les masques devraient être portés par les enfants à partir de l'âge de 2 ans (actualisation du 27 aout 2020). Pas de port pour les professionnels de la petite enfance notamment le N95. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/about-face-coverings.html?deliveryName=USCDC_2067-DM36401

- Canada : Il n'existe pas de recommandation spécifique à destination du personnel travaillant au sein des structures d'accueil des enfants en bas âge. Les recommandations générales à destination des employés s'appliquent, conseillant le port du masque non médical ou d'un couvre-visage en tissu « lorsqu'il n'est pas possible de maintenir une distance physique constante de 2 mètres avec les autres, en particulier dans les lieux publics bondés ».

- Belgique : Le port du masque est recommandé pour les professionnels de l'enfance lors des moments de transition avec les familles (le matin et en fin de journée). Il est également demandé aux parents de porter un masque dans ces moments. En revanche, le port du masque par les employés en journée est facultatif, recommandé uniquement dans le cadre des échanges entre adultes. L'Office de la naissance et de l'enfance rappelle que le port du masque par les adultes peut provoquer une réaction de peur ou d'anxiété chez l'enfant. Le port de masque par les jeunes enfants n'est pas recommandé.
  https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_children_FR.pdf?utm_source=Measuremail&utm_medium=email&utm_campaign=COVID19_EN

- Norvège : Un guide national précise qu'il n'est pas nécessaire de porter un équipement spécial de lutte contre les infections. Dans le cas où un employé est malade et que la distanciation de deux mètres n'est pas possible, le port du masque est recommandé pour les employés. La prévention est plutôt axée sur l'hygiène des mains.

- Suisse : Petite enfance : Port du masque obligatoire dans les crèches genevoises
  https://www.tdg.ch/port-du-masque-obligatoire-dans-les-creches-genevoises-270318042650

À la suite de plusieurs cas déclarés au Covid-19, le Canton décide d'imposer la protection pour tous les éducatrices et éducateurs. Tous les adultes œuvrant dans le cadre des structures de petite enfance seront tenus de porter le masque. Précisons encore que le port du masque est obligatoire pour tous les collaborateurs, si et seulement si la distance interpersonnelle d'un mètre cinquante ne peut être respectée. Sont donc concernés : les crèches, les garderies et les jardins d'enfants. Publié: 28.08.2020, 16h43.

- L'OMS et UNICEF (21 Aout 2020) : les enfants âgés de moins de 5 ans ne devraient pas porter de masques, pour des raisons de sécurité, de respect de l'intérêt de l'enfant et de sa capacité à porter le masque de façon appropriée avec une assistance minimale https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-children-and-masks-related-to-covid-19#:~:text=WHO%20and%20UNICEF%20advise%20that%20children%20aged%2012%20and%20over,widespread%20transmission%20in%20the%20area.

L'OMS conseille de toujours consulter les autorités locales et de se conformer aux pratiques recommandées dans leur région. Un groupe d'experts international et multidisciplinaire réuni par l'OMS a examiné les données sur la maladie COVID-19 et sa transmission chez les enfants, ainsi que les quelques données disponibles sur l'utilisation de masques par les enfants. Sur la base de ces éléments et d'autres facteurs tels que les besoins psychosociaux des enfants et les étapes de leur développement, l'OMS et l'UNICEF donnent les conseils suivants :

En général, les enfants âgés de 5 ans et moins ne devraient pas être obligés de porter un masque. Ces conseils sont basés sur la sécurité et l'intérêt général de l'enfant et sur sa capacité à utiliser un masque de manière appropriée avec un minimum d'assistance. Il peut y avoir des exigences locales pour les enfants âgés de 5 ans et moins de porter des masques, ou des besoins spécifiques dans certains contextes, comme le fait d'être physiquement proche d'une personne malade. Dans ces circonstances, si l'enfant porte un masque, un parent ou un autre tuteur doit se trouver dans le champ de vision direct de l'enfant pour superviser l'utilisation sûre du masque.

L'OMS et l'UNICEF conseillent que la décision d'utiliser des masques pour les enfants âgés de 6 à 11 ans soit basée sur les facteurs suivants :

- L'existence d'une transmission généralisée dans la zone où réside l'enfant ;
- La capacité de l'enfant à utiliser un masque de manière sûre et appropriée ;
- L'accès aux masques, ainsi que le blanchiment et le remplacement des masques dans certains milieux (comme les écoles et les services de garde d'enfants) ;
- Une supervision adéquate par un adulte et des instructions à l'enfant sur la manière de mettre, d'enlever et de porter un masque en toute sécurité ;
- L'impact potentiel du port d'un masque sur l'apprentissage et le développement psychosocial, en consultation avec les enseignants, les parents/tuteurs et/ou les prestataires de soins médicaux ;
- Les situations et les interactions spécifiques de l'enfant avec d'autres personnes à haut risque de développer une maladie grave, telles que les personnes âgées et celles souffrant d'autres problèmes de santé sous-jacents.

L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants de 12 ans et plus portent un masque dans les mêmes conditions que les adultes, en particulier lorsqu'ils ne peuvent garantir une distance d'au moins 1 mètre par rapport aux autres et que la transmission est répandue dans la région.

Le 9 septembre 2020

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr