

## LETTRE DESTINEE AU PERSONNEL SOIGNANT MEDICAL ET PARAMEDICAL

Un décès en Ile de France d'une jeune fille de 16 ans a été signalé hier par le DGS. Cette situation est exceptionnelle en France et en Europe, comme l'a rappelé le Ministre de la Santé, le 26/03 sur France 2.

Au vu des inquiétudes suite à ce décès tant sur le plan de l'évolution de l'épidémie en pédiatrie que sur le risque potentiel pour un soignant de transmettre le Covid-19 à ses propres enfants, nous souhaitons rappeler certains éléments:

Les contacts réguliers entre pédiatre en France confirment l'absence de formes graves en pédiatrie, et également l'absence d'une sur-morbidité respiratoire qui pourrait être attendue comme avec d'autres virus. Même les enfants à haut risque avec de nombreuses comorbidités ou immunodéprimés ne font pas l'objet d'hospitalisations pour gravité. En France, du 16 au 24 mars, 3 enfants ont été en réanimation COVID+ dont 1 avec comorbidité, sans autres précisions. Aucun décès, très peu de passages aux urgences chez les moins de 15 ans.

Les données pédiatriques et les appels reçus montrent que lorsqu'ils sont malades, l'expression est proche de la grippe ou des entérovirus : fièvre élevée, frissons, céphalées, diarrhée, myalgies (parfois tous les signes). Sinon rhinite, ou rien. Tout se passe comme si les voies aériennes inférieures n'étaient pas atteintes.

Une étude chinoise reprenant plus de 2000 enfants (pediatrics on-line, 731 confirmés, 1412 suspects). Parmi les 731 formes confirmées, 3 soit **0.4% en réanimation**, 18 soit **2.5% avec de l'oxygène**. En tout, 13 cas critiques, *mais ceux-ci sont plus nombreux dans le groupe suspect ( 10 vs 3, et chez les moins de 12 mois, comme les bronchiolites, autres virus hautement probables)*. 1 décès on ne sait pas dans quel groupe. Aucune description clinique.

Tous ces chiffres rapportés à la population de Wuhan, confirment que le sras-cov-2 s'exprime sans gravité chez l'enfant et l'adolescent. De plus, cette étude montre que les enfants COVID + sont majoritairement âgés de 0 à 6 ans. Ces résultats épidémiologiques sont en phase avec ce qui est connu dans les infections respiratoires de l'enfant : les enfants ont été nombreux en début d'épidémie puis une décroissance. Ils ont par conséquent contribué à la diffusion du virus (et ont contaminé leurs parents).

Une des pistes de leur meilleure tolérance serait une immaturité du récepteur viral, qui est celui de l'angiotensine ACE2 (Nature mars 2020), à suivre. L'excrétion serait plus prolongée dans les selles, mais pas que chez l'enfant.

Les enfants et les adolescents ne représentent par ailleurs que 2% des sujets testés positifs pour le Covid-19 dans la plus large étude chinoise publiée. Dans cette même étude à titre de comparaison, 14% des adultes présentaient des formes sévères et 5% des formes critiques.

Nous avons assez d'éléments pour rassurer les parents et notre personnel soignant. Notre rôle est de **protéger les populations à risque des enfants, en respectant l'ensemble des consignes**. *Certes, le risque zero n'existe pas, car tous les ans nous avons en pédiatrie des infections virales graves avec des virus différents*. Des surveillances épidémiologiques sont mis en place

D'autres causes donnent de la fièvre, et demandez un avis au MT si inquiétude ; les urgences pédiatriques restent ouvertes.

Pr Christophe Marguet , CHU Rouen  
Conseil scientifique de la SP2a