



Académie belge de Pédiatrie s.a.r.l.  
Belgische Academie voor Kindergeneeskunde r.v.a.  
Av. de la Couronne, 20, 1050 Bruxelles - Kroonlaan, 20, 1050 Brussel - Tel: 02-649.21.47

BELGISCHE VERENIGING  
VOOR KINDERGENEESKUNDE  
SOCIÉTÉ BELGE DE PÉDIATRIE

## FAQ pour la population pédiatrique – COVID-19

*La Belgian Pediatric COVID-19 Task Force soumet la littérature scientifique la plus récente à des évaluations critiques. Les directives et les avis reflètent la réalité au moment de leur publication. Ceux-ci peuvent être retravaillés en fonction des nouveaux développements. Chacun est responsable de leur implémentation.*

### FAQ NOUVELLES ET MISES A JOUR:

#### Enfants < 6 ans

##### Les enfants de moins de 6 ans ne doivent-ils toujours pas être testés ?

Non, sauf dans des circonstances particulières: voir [ici](#) la procédure Sciensano, sur recommandation de la Task Force pédiatrique. La politique spécifique de Kind en Gezin se trouve [ici](#) et la recommandation de l'ONE à cet égard peut être trouvée [ici](#).

##### La période de quarantaine: qu'en est-il avec les enfants < 6 ans?

Les enfants de moins de 6 ans qui ont un contact familial positif n'ont toujours pas besoin d'être testés, mais peuvent être testés pour raccourcir la période de quarantaine de 10 jours à 7 jours (c'est-à-dire si testés: 17 jours à la maison après le début des symptômes - ou test positif, si asymptomatique - du contact, sauf si l'enfant est isolé du parent / frère infecté. Versus 20 jours à la maison si l'enfant n'a pas été testé.

Par la suite, une semaine de "vigilance/surveillance accrue" sera aussi recommandée. En cas de cluster dans une collectivité, un test peut être recommandé de réaliser un test. Plus d'informations [ici](#). L'algorithme des [CLB](#) a été adapté à la nouvelle période de quarantaine et est très clair. Une procédure de [l'ONE](#) a aussi été adaptée.

## AUTRES FAQ (modification limitée)

### Bronchiolite et HFNO

**La saison de la bronchiolite est de retour.**

**L'oxygénothérapie nasale à haut débit (HFNO) est-elle recommandée ou non ?**

La HFNO (par exemple Optiflow) est une excellente aide pour les enfants ayant une détresse respiratoire dans un contexte de bronchiolite, même en ces temps de pandémie. Dans le cas de co-infections avec SARS-CoV-2, ou dans l'attente du résultat du dépistage, une protection personnelle adéquate est nécessaire (cf. la politique hospitalière locale), comme pour toutes les autres procédures génératrices d'aérosols.

Un équipement de protection individuel approprié doit également être porté si votre patient bénéficie d'une ventilation non-invasives (telles que n-CPAP/BiPaP). Dans ce cas, assurez-vous que le masque est correctement scellé, que des filtres appropriés sont installés sur les tubes d'expiration et que les circuits adéquats sont utilisés. Pour cela, contactez les personnes référentes en ventilation de votre hôpital, elles pourront vous aider à faire les bons réglages. `

### Visites aux enfants hospitalisés

**Quelle est la position de la Task Force Pédiatrique en ce qui concerne les visites aux enfants hospitalisés ?**

La Task Force estime que, en accord avec les Droits de l'enfant malade des Nations Unies (charte EACH), un parent (ou le tuteur) peut rester près de son enfant en continu, y compris la nuit. Les deux parents peuvent être présents en même temps durant la journée (le cas échéant, selon un horaire spécifique en fonction des règles de l'hôpital). Le parent qui rend visite à son enfant ne doit présenter aucun symptôme de maladie, ni être en quarantaine selon les critères de Sciensano (retour de zone à risque, contact avec un adulte suspect ou confirmé), il doit se rendre directement à la chambre de l'enfant et il ne peut pas quitter la chambre, sauf avis contraire de l'hôpital.

En plus, la Task Force considère que, étant donné le risque infectieux plus faible que présentent les enfants, un frère ou une sœur mineur(e) peut aussi visiter son/sa frère/sœur hospitalisé après avis du service pédiatrique.

Cependant, tant que le virus SARS-CoV-2 est présent de manière épidémique, nous recommandons de ne pas permettre d'autres visites, et certainement pas par des personnes vulnérables et/ou âgées, comme les grands-parents. Nous recommandons également de rester particulièrement vigilant quant au nombre de personnes présentes dans une chambre, surtout dans une chambre partagée.

Cependant, si un enfant est hospitalisé à cause d'une infection à SARS-CoV-2, nous recommandons de limiter les visites à un parent (préférentiellement) asymptomatique, sans autres visites. Le parent présent près de l'enfant doit être considéré comme positif. Si les deux parents présentent des symptômes, un parent symptomatique peut rester avec l'enfant avec des précautions supplémentaires concernant l'isolement (le parent ne pourra jamais quitter la pièce).

## Testing, Tracing et isolation

### **Avez-vous des questions au sujet du testing, du tracing et de l'isolement ?**

Concernant la politique générale de Sciensano vous pouvez cliquer sur ce lien [ici](#). Pour la politique spécifique des organisations suivantes, vous trouverez les liens ici: [ONE](#) et [CLB](#) (maternelles et écoles).

### **Que faire si un enfant testé positif par PCR pour SARS-Cov-2 il y a quelques semaines est à nouveau (ou toujours) positif lors d'une admission (de jour) pour une autre raison ?**

Il règne encore une grande incertitude dans la littérature scientifique actuelle quant à l'immunité après avoir développé la maladie : pendant combien de temps est-on protégé ? Est-on également protégé contre le fait d'être porteur ? Est-ce que tout le monde fabrique des anticorps après avoir développé la maladie ?

Néanmoins, les enfants qui sont à nouveau testés positif par PCR SARS-Cov-2 dans les 2 mois après leur période d'isolement ne doivent plus être ré-isolés, et les mesures spécifiques de protection pour COVID-19 ne s'appliqueront pas.

Selon Sciensano, cela ne s'applique pas aux personnes qui ont présenté des symptômes typiques de COVID-19 mais qui n'ont pas été testées à l'époque.

## Kawasaki et PIMS-TS

### **'What about' Kawasaki, MIS-C / PIMS-TS et COVID-19 ?**

Veillez trouver ici le message de la Task Force Pédiatrique: [French](#) et le [guideline](#).

### **Les enfants qui ont eu le syndrome de Kawasaki sont-ils plus susceptibles d'une rechute de Kawasaki dans le contexte de la pandémie de COVID-19?**

Tous les enfants qui ont déjà eu un syndrome de Kawasaki ont une petite possibilité (<2%) de récurrence. Il n'est pas certain que l'incidence plus élevée de Kawasaki et du nouveau PIMS-TS (syndrome inflammatoire multi-système pédiatrique - choc toxique) soient liés au COVID-19. Ce n'est pas improbable, mais l'incidence reste très faible dans le monde. Étant donné que les chances de rechute à Kawasaki sont très faibles de toute façon, les enfants qui ont déjà eu le syndrome de Kawasaki peuvent définitivement aller à l'école.

## Tester en pratique ambulatoire

### **Pouvons-nous à présent tester des enfants en pratique ambulatoire? Et si oui, lesquels et comment?**

Selon la directive Sciensano, toute personne >6 ans répondant à la définition de cas doit être testée dans cette phase de l'épidémie. Il peut s'agir d'enfants présentant des symptômes respiratoires d'apparition aiguë ou de fièvre sans foyer, ou de fièvre et de diarrhée ... Ces enfants peuvent se présenter à l'hôpital, mais aussi en ambulatoire: les mêmes règles s'appliquent désormais, quel que soit le cadre et indépendamment de l'âge.

La [définition complète de cas plus récente](#) est moins large pour les enfants et plus spécifique, donc tous les enfants n'ont pas besoin d'être testés. Les tests doivent toujours être effectués avec un [EPI comme décrit dans la procédure Sciensano](#).

Les nombres de cas positifs restent faibles chez les enfants. Mais il s'agit ici d'une stratégie de santé publique (bien que les chances de transmission soient plus faibles chez les enfants; il peut toujours y avoir des adultes asymptomatiques dans le foyer) et aussi pour rassurer les parents et professeurs inquiets par rapport au retour à l'école de leurs enfants.

#### Attention:

Tous les cas possibles doivent être signalés afin que le suivi des contacts (tracing) puisse commencer. Cette notification obligatoire est effectuée via un formulaire électronique «COVID-19: application de laboratoire en cas de contamination suspectée SARS-CoV-2» qui a été intégré dans les logiciels électroniques pour les médecins généralistes et les hôpitaux. Jusqu'à présent, les tests ne peuvent être effectués que dans ces endroits, il existe donc une demande urgente de fournir cette opportunité aux pédiatres ambulatoires à l'avenir.

Après le signalement, le contact est suivi par un centre d'appels central. Le formulaire électronique DOIT donc être rempli afin de commencer le suivi des contacts!

## Spirométrie

### **Est-ce que les pneumopédiatres peuvent à nouveau faire des spirométries ?**

Sur la base des directives GINA (mars 2020) et ERS, nous recommandons de limiter les tests de fonction pulmonaire aux tests urgents pour le moment en raison des risques d'infection pour le personnel. Un pré-triage des symptômes COVID (voir point 2) permettra d'avoir progressivement plus de tests (sur la base de l'épidémiologie).

Quelques règles de base à observer pour la spirométrie chez les enfants en période COVID:

1. Chaque médecin confirme l'indication urgente
2. Avant la consultation, posez un certain nombre de questions de vérification de sorte que les

- «patients suspects» puissent être tenus à l'écart et pour lesquels la spirométrie sera contre-indiquée. Par exemple. avez-vous récemment été en contact avec un patient COVID? Avez-vous eu des plaintes pseudo-grippales au cours des 14 derniers jours? (voir la définition de cas Sciensano)
3. EPI pour infirmières: cfr. protocole d'hygiène de l'hôpital local
  4. En relation avec les dispositifs de fonction pulmonaire, nous nous référons à la firme, mais la plupart affirment que les filtres devraient arrêter les virus de la taille de Sars-Cov-2. Vérifiez les spécifications du filtre: il doit également filtrer les virus et doit être remplacé après chaque patient.
  5. La possibilité d'une bronchodilatation doit être envisagée localement en fonction de la disponibilité d'une salle de spirométrie séparée (où le patient reste entre les deux tests). Dans tous les cas, uniquement bronchodilatation avec chambre d'inhalation (pas d'aérosol!).
  6. Ne laissez pas le patient retirer son masque jusqu'au moment où il doit faire sa spirométrie. Fournir un tissu/mouchoir à plusieurs couches pour que le patient puisse tousser en cas de toux. Ensuite bonne hygiène des mains.
  7. Évidemment désinfection entre chaque patient comme dans les salles de consultation.

## Enfants à l'école

### **Les autorités permettent aux enfants d'à l'école autant que possible. Est-ce prudent ?**

Les enfants peuvent être infectés par le SARS-CoV-2 mais la plupart du temps ils ne tombent pas gravement malades ou restent asymptomatiques. Les infections graves chez les enfants sont très rares. Certaines études suggèrent que les enfants sont [aussi fréquemment infectés](#) mais que l'infection connaît un développement asymptomatique. Une étude de la population d'[Islande où les écoles fondamentales sont restées ouvertes](#), a révélé un taux d'infection très faible chez les jeunes enfants mais aussi chez les adultes.

Contrairement aux autres virus des voies respiratoires, il semble que le virus du SARS-CoV-2 ne soit [pas facilement transmis par les enfants](#). Les données scientifiques actuelles montrent que c'est par les adultes et pas par les enfants du même ménage que l'on risque le plus d'être contaminé.

Comme il est essentiel, tant sur le plan éducatif qu'émotionnel, que les enfants vont à l'école, le consensus général de [la littérature nationale \(limitée\)](#) est que les écoles peuvent être ouverts en sécurité, dans le respect des mesures présentées par les autorités. En dehors des écoles, il est demandé que les enfants et leurs parents se tiennent encore à distance des personnes âgées et des personnes atteintes de comorbidités.

### **Que se passe-t-il si mon enfant est atteint d'une affection chronique ?**

La plupart des enfants atteints d'affections chroniques comme l'asthme et le diabète ne tombent pas plus gravement malades que les autres enfants s'ils contractent une infection au SARS-CoV-2. La Task Force pédiatrique, en concertation avec les départements pédiatriques des universités belges et les associations des sous-spécialités, ont établi une liste (limitée) des enfants à risque que ne rentreront pas encore à l'école ces prochaines semaines. Cette liste est disponible [ici](#).

## FAQ NOUVEAUX-NÉS

### Nouveau-né et mère COVID-19

**La mère et l'enfant doivent-ils être séparés? Qui peut venir en visite?**

Lisez le protocole complet [ici](#).

### Nouveau-nés en N\* et à la NICU pendant la crise du corona

**Que se passe-t-il avec les nouveau-nés en N\* ou à la NICU pendant la pandémie du COVID-19 ?**

Lisez la guideline de la Pediatric COVID-19 Task Force [ici](#).

## AUTRES QUESTIONS

### Arythmie ou mort subite due au COVID-19 ?

**Y a-t-il un risque que les patients jeunes avec COVID-19 (y compris les enfants) présentent une arythmie ou une mort subite?**

Tout comme dans la grippe, le SARS-CoV-2 peut également, dans des cas exceptionnels, provoquer une myocardite (inflammation du muscle cardiaque) chez les jeunes, avec un risque d'arythmie. Cependant, il semble que les hommes particulièrement âgés souffrant de comorbidités (pathologie cardiovasculaire, maladies chroniques sévères...) courent un risque plus élevé d'insuffisance cardiaque dans le cadre d'un COVID-19. Les enfants hospitalisés bénéficient d'un monitoring cardio-respiratoire. Le dosage de troponine ne doit être envisagé que chez les enfants qui sont les plus malades (p.ex. admission aux soins intensifs avec suspicion clinique de myocardite). Dans les cas bénins (en particulier quand hospitalisation n'est pas requise), ce qui représente la majorité des enfants, le risque d'arythmie et de mort subite est très faible.

### Risques liés aux inhibiteurs de l'ECA ou aux ARA ?

**Les enfants atteints d'une pathologie rénale ou d'hypertension doivent-ils cesser de prendre des inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), en cette période d'épidémie du COVID-19 ?**

Selon l'avis de « l'American Society of Pediatric Nephrology », il ne faut pas arrêter un traitement aux inhibiteurs de l'ECA ou aux ARA. Comme avec le SARS-CoV original, l'enzyme ECA-2 est le site de

liaison du SARS-CoV-2 dans les poumons. Une hypothèse récente a laissé entendre que le risque de contracter le COVID-19 serait plus élevé chez les patients prenant des inhibiteurs de l'ECA et des ARA. Cependant, il s'agit d'une spéculation basée uniquement sur des études expérimentales chez l'animal montrant une expression accrue de l'ECA-2 dans différents organes. Actuellement, il n'y a donc aucune preuve confirmant un risque plus élevé de SRAS-CoV-2 ou COVID-19 chez les patients qui prennent ces médicaments.

## Les enfants à la crèche

**Est-ce une bonne idée de laisser les enfants aller à la crèche? Y a-t-il un risque élevé que mon enfant contracte le COVID-19 puis me transmette le virus?**

Selon le niveau de preuve actuel, le risque de contracter le virus par des adultes vivant dans le même foyer est le plus élevé. Certaines indications tendent à montrer que les enfants sont infectés tout aussi fréquemment, mais présentent une maladie beaucoup plus bénigne. Cependant, le rôle que jouent les enfants dans la transmission du virus n'est toujours pas clair.

La Joint Commission de l'OMS en Chine n'a rapporté aucun cas de transmission d'un enfant vers un adulte dans le cadre du « contact tracing ». Cependant, une étude modèle récente de la London School of Hygiene and Tropical Medicine suggère que le faible nombre de cas pédiatriques peut s'expliquer par le fait que les enfants sont le plus souvent asymptomatiques.

De bonnes pratiques d'hygiène (tousser dans son coude, lavage très régulier des mains ...) sont recommandées pour le personnel de la crèche (car la distanciation sociale n'est pas possible pour les tout-petits).

## Travailler à la crèche

**Travailler dans une crèche présente-t-il un risque de contracter le COVID-19 et la personne travaillant dans une crèche doit-elle prendre des précautions particulières?**

Selon le niveau d'évidence actuel, les enfants pourraient jouer un rôle limité dans la transmission (taux d'attaque de 7% dans une étude de Shenzhen où les contacts étaient également largement dépistés). Cependant, en l'absence de grandes études sérologiques, il est impossible d'être certain du nombre réel d'enfants infectés et de leur rôle dans la transmission. De bonnes mesures d'hygiène sont de toute façon appropriées. (Niveau d'évidence: « faible »)

## Vaccination

**Devons-nous poursuivre les vaccinations de routine ?**

Nous insistons sur le fait que la vaccination des nourrissons, en priorité jusqu'à 15 mois, est

essentielle pour éviter que dans le futur nous devions à nouveau faire face à des épidémies de rougeole, la coqueluche, H influenzae ... Début avril, Kind & Gezin (équivalent de l'ONE en Flandre) a recommencé les services prioritaires (vaccins) et d'ici là les nourrissons peuvent également consulter un médecin généraliste / pédiatre dans un flux de patients «non-COVID-19» (après un contact téléphonique). L'ONE reste ouvert pour les vaccinations des enfants jusqu'à 15 mois.

## Renvoi aux urgences

**Les médecins généralistes doivent-ils immédiatement envoyer les enfants souffrant de fièvre >3 jours ou d'aggravation des signes respiratoires aux urgences?**

Non. Les médecins généralistes contactés par téléphone au sujet d'enfants qui ne sont pas gravement malades devraient voir ces enfants (avec un équipement de protection) au poste de garde GP. De toute façon, les services d'urgences sont souvent débordés. Si les enfants présentent des signes inquiétants, le médecin généraliste doit contacter un pédiatre équipé pour recevoir des enfants atteints du COVID-19 et l'enfant sera vu dans le bon circuit, à la consultation pédiatrique ou dans le service d'urgence, en fonction des symptômes.

## Salle d'attente

**N'y a-t-il un grand risque que les enfants soient infectés dans la salle d'attente?**

Le risque que les enfants soient infectés est de toute façon faible et des mesures appropriées de contrôle des infections (distance de sécurité, porter un masque, lavage des mains, tousser dans son coude...) doivent être prises dans n'importe quel poste de médecin ou service d'urgence.

## Aérosols

**Les aérosols présentent-ils un danger pour le personnel de soin quand réalisés chez des enfants suspects de COVID-19?**

Il a été prouvé que :

- la nébulisation pouvait générer une toux du patient contaminant l'air et le dispositif nébuliseur
- la nébulisation pouvait générer des pertes d'aérosol dans l'air ambiant
- le réservoir du nébuliseur pouvait être contaminé par la salive du patient lors de la séance d'inhalation et en conséquence aérosoliser le COVID-19 dans l'air ambiant.

Des travaux récents rapportent une virulence effective du COVID-19 dans l'air ambiant jusqu'à 3h après sa nébulisation sous forme de gouttelettes. En conséquence, le GAT (Groupe Aérosol Thérapie) recommande d'utiliser en première intention, en lieu et place de la nébulisation, les inhalateurs prêts à l'emploi comme les **aérosols-doseurs pressurisés**



**(pMDI) et aérosols-doseurs de poudre (DPI)**, notamment en situation d'urgence comme lors d'exacerbations d'asthme.

Dans les cas où les aérosols doseurs (pMDI ou DPI) sont indisponibles ou inadaptés, le GAT recommande l'utilisation préférentielle de **nébuliseurs à usage unique** (nébuliseur marqué d'un 2 barré) et/ou munis d'un **filtre sur le circuit expiratoire**.

Le GAT recommande la réalisation de la séance de nébulisation dans une pièce ventilée et isolée des autres personnes. Le GAT recommande le **port du masque de type FFP2 jusqu'à 3 heures minimum après la séance de nébulisation** pour toute personne amenée à se trouver dans la pièce où la nébulisation a été réalisée.

## Asthme

**Que faire pour mes patients traités par corticoïdes inhalés dans le cadre d'un traitement de fond pour l'asthme ?**

Poursuivre le traitement habituel, les données actuelles ne montrent pas un risque accru de maladie sévère à Covid-19 chez des enfants traités par corticoïdes inhalés.

## Pas de protection personnelle minimale

**Je suis médecin généraliste ou pédiatre et je ne dispose pas du matériel (masques, blouses,...) pour examiner un patient avec syndrome respiratoire fébrile. Puis-je tout de même poursuivre mes activités en veillant à une bonne hygiène des mains ?**

Non, vous devez absolument travailler dans un environnement sécurisé. Sans matériel de protection vous devez pratiquer la télémédecine et référer vos patients vers un centre COVID-19 si votre patient a besoin d'un examen clinique plus complet ou s'il a besoin d'être hospitalisé.

## Changer de vêtements

**Dois-je changer de vêtements quand je rentre à la maison après avoir fait mes consultations ?**

Non, pas nécessairement. Si vous avez pris les mesures d'hygiène recommandées lors de vos consultations, il suffit de bien vous laver les mains au retour. Le virus peut survivre jusqu'à 4 heures sur le cuivre, 24 heures sur du carton et jusqu'à 2 à 3 jours sur le plastique et l'acier inoxydable. Sa survie sur les vêtements est probablement de quelques heures. Cependant si vous avez travaillé dans un environnement qui traite des patients Covid-19, il est préférable de laver vos vêtements et de vous changer.

## Ibuprofène

### **Est-il vrai que l'ibuprofène peut aggraver un tableau de Covid-19 chez l'enfant ?**

Il n'y a aucune donnée à ce jour (ni en Chine, ni en Italie) qui démontrent une aggravation de Covid-19 chez l'enfant suite à la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Cependant, de façon générale, il est recommandé de privilégier l'utilisation d'antipyrétiques de type paracétamol si la prise d'antipyrétiques est vraiment nécessaire (inconfort de l'enfant).

## Gastro-entérite

### **Un enfant présentant un tableau de gastro-entérite doit-il être considéré comme cas possible de Covid-19 ?**

Oui, jusqu'à preuve du contraire ce patient est suspect de Covid-19 : tout enfant fébrile même sans signe respiratoire est suspect et les mesures d'isolement et de protection doivent être appliquées.

Auteurs: Dimitri Van der Linden et Daan Van Brusselen

### **Vous n'avez pas trouvé de réponse à votre question?**

Posez-la à la COVID-19 Belgian Pediatric Task Force via [covidpediatrie@gmail.com](mailto:covidpediatrie@gmail.com)

Les informations pratiques et actualisées journalièrement se trouvent sur le site de Sciensano <https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Pages/2019-nCoV.aspx>