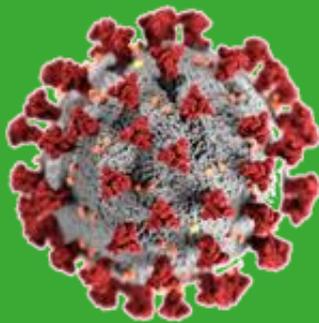


# RAPPORT THÉMATIQUE:

## SARS-COV-2 CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS DE 0 À 17 ANS EN BELGIQUE, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021



Résultats de la surveillance de laboratoire, de la surveillance scolaire et de la surveillance hospitalière et du suivi de la mortalité pendant l'année scolaire 2020-2021.

## Sciensano

Épidémiologie et santé publique - Épidémiologie des maladies infectieuses

Septembre 2021 • Bruxelles • Belgique

Numéro de dépôt légal: D/2021/14.440/67

**K. Proesmans, B. Bloemen, S. Hancart, F. De Bock, Els Duysburgh, L. Cornelissen, S. Klamer**

### En collaboration avec

Vlaamse overheid, Departement Onderwijs & Vorming; Centra voor Leerlingenbegeleiding; Office de la naissance et de l'enfance; Promotion de la Santé à l'Ecole; Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg Belgian; Pediatric Task Force COVID-19.

Sciensano: Equipe hôpitaux: Blot K, Serrien B, Van Goethem N; Vandromme M; Chung J Equipe de mortalité: Bossuyt N., Bustos Sierra N., Haarhuis F., Peeters I., Proesmans K., Renard F., Scohy A., Van der Heyden J., Vermeulen M., Vernemmen C.; Equipe rédaction: Deblonde J., De Muylder G., Rebolledo J., Lafort Y.

### Informations de contact :

- Sciensano: covid.schools@sciensano.be
- Vlaamse overheid, Departement Onderwijs & Vorming, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB): clb@vlaanderen.be
- Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE), Centre PMS-WBE: polepse@one.be
- Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg : anouk.vanlander@wvj.be



Vlaamse Wetenschappelijke  
Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg

**Pour référence:** K. Proesmans, B. Bloemen, S. Hancart, F. De Bock, Els Duysburgh, L. Cornelissen, S. Klamer. SARS-CoV-2 chez les enfants et les adolescents de 1 à 17 ans en Belgique, pendant l'année scolaire 2020-2021. Bruxelles, Belgique: Sciensano; 2021. Numéro de dépôt légal: D/2021/14.440/67



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune  
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie



# RÉSUMÉ

## POINTS CLÉS

L'année scolaire 2020-2021 a été marquée par la COVID-19 pour les écoles et élèves. Les mesures prises pour limiter la propagation du virus SARS-CoV-2 ont eu un impact énorme sur la société en général et sur les enfants et les jeunes en particulier. **Les données de ce rapport confirment que les infections par le SARS-CoV-2 chez les enfants et les adolescents provoquent généralement un tableau clinique bénin.** De nombreux enfants et adolescents étaient asymptomatiques au moment du test positif. Les décès dus au COVID-19 chez les enfants et les adolescents étaient très rares. Des hospitalisations ont été observées, mais beaucoup moins fréquentes que dans la population plus âgée, et elles étaient principalement de courte durée et avec une évolution clinique favorable.

L'augmentation du nombre de cas asymptomatiques détectés en janvier 2021, ainsi que dans les mois suivants, correspondait souvent au nombre de tests effectués. En outre, l'incidence chez les enfants et les adolescents a suivi une tendance et une évolution similaires à celles observée dans la population adulte, ce qui indique un échange du virus intergénérationnel.

L'étude relative à la séroprévalence (la présence d'anticorps contre SARS-CoV-2) a montré qu'environ deux fois plus d'enfants et d'adolescents ayant été le virus SARS-CoV-2 que le nombre d'enfants et d'adolescents ayant été enregistré comme des cas confirmés de COVID-19. Cela est également observé pour la population générale. Cela suggère que la circulation du virus n'était pas plus importante chez les enfants et les adolescents et dans les écoles que dans d'autres populations et environnements. Après une année scolaire à laquelle les écoles sont restées ouvertes autant que possible, ce constat est rassurant.

Il existe très peu de données sur la santé mentale des enfants et des adolescents pendant cette pandémie, mais il semblerait que la pandémie de COVID-19 (et ses mesures) ait mis à rude épreuve le bien-être d'une proportion importante des enfants et des adolescents.

**Les données de ce rapport montrent que le nombre de cas confirmés et la séroprévalence chez les enfants et les adolescents diffèrent peu de ceux observés dans la population adulte, mais la COVID-19 chez les enfants et les adolescents est beaucoup moins susceptible de provoquer des maladies graves et des décès.**

## RECOMMANDATIONS

- Reconnaître de manière adéquate les effets indésirables des mesures et les mettre en balance avec l'impact direct de COVID-19 dans la tranche d'âge concernée.
- Mettre en perspective la proportionnalité des mesures prises pour les enfants et les jeunes en perspective de l'impact positif de ces mesures sur les effets de COVID-19 chez ces enfants et ces jeunes et dans la population entière.
- Réfléchir à la stratégie et à l'objectif des tests (à grande échelle) et à la manière dont les tests peuvent et/ou doivent être effectués de la manière la plus rationnelle et la plus pertinente.
- Ne pas perdre de vue les autres priorités médicales et sociales des travailleurs de l'enfance et de la jeunesse associés aux écoles.
- S'engager à documenter et à améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents
- S'engager à augmenter la couverture vaccinale dans la population éligible, selon les conseils du Conseil Supérieur de la Santé<sup>1</sup>

<sup>1</sup> <https://www.health.belgium.be/fr/covid-19-0>

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>3</b>
Points clés.....	3
Recommandations.....	3
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>7</b>
1. Aperçu de la situation épidémiologique.....	7
2. Infections COVID-19.....	9
3. Admissions à l'hôpital et mortalité dues au COVID-19.....	12
4. Anticorps anti-SARS-CoV-2.....	14
5. COVID-19 situation dans les écoles.....	16
6. La santé mentale pendant la crise de COVID-19.....	19
<b>ANNEXES</b> .....	<b>21</b>
Annexe 1 : Méthodologie.....	21
Annexe 2: aperçu des changements les plus importants en termes de mesures.....	22
Annexe 3: aperçu des changements les plus importants en termes de mesures.....	23

## ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CLB:	Centum voor leerlingenbegeleiding
COVID-19:	La maladie provoquée par le virus SARS-CoV-2 (dans le cadre de ce rapport, les cas asymptomatiques sont inclus)
HRC:	Contact à haut risque
MIS-C:	Multisystem inflammatory syndrome in children
PSE:	Services de Promotion de la santé à l'école
PMS-WBE:	Centres psycho-médico-sociaux du réseau Wallonie-Bruxelles Enseignement (gelijkaardig aan CLB)
PCR:	Polymerase chain reaction, test laboratoire de diagnostic
SARS-CoV-2:	Severe-acute-respiratory-syndrome-coronavirus-2
SPMA:	Standardized Procedures for Mortality Analysis
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé (WHO)

# INTRODUCTION

Ce rapport décrit l'évolution de l'épidémie de COVID-19 chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 17 ans en Belgique au cours de l'année scolaire 2020-2021 (du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 30 juin 2021)<sup>2</sup>, avec un focus particulier sur la situation en milieu scolaire.

Ce rapport vise à fournir aux autorités, aux décideurs politiques et aux citoyens intéressés un aperçu des principaux indicateurs concernant l'évolution de l'épidémie de COVID-19 chez les enfants et les adolescents au cours de l'année scolaire 2020-2021. L'âge est un facteur déterminant pour l'évolution clinique de l'infection par le SARS-CoV-2 et pour l'impact de certaines mesures. Il est donc important de décrire l'épidémie de COVID-19 et son impact séparément pour ce groupe d'âge.

Nous décrivons le nombre de tests effectués, le nombre de cas confirmés, le nombre d'hospitalisations et la mortalité. Ces données proviennent des différents réseaux de surveillance COVID-19 que Sciensano coordonne, à savoir la surveillance des laboratoires, des hôpitaux et de la mortalité. Vous trouverez plus d'informations sur ces sources de données [ici](#) et dans l'annexe 1. Ces données sont complétées, d'une part, par les résultats des études de séroprévalence dans les écoles, qui ont évalué le nombre d'enfants et d'adolescents présentant des anticorps contre le SARS-CoV-2. D'autre part, la surveillance spécifique dans les écoles, gérée par les services médicaux des écoles (CLB, PSE et PMS-WBE), par l'ONE et les départements de l'éducation des autorités régionales, est utilisée pour décrire la situation épidémiologique au sein des écoles. Enfin, une section qualitative est consacrée au bien-être des enfants et des adolescents.

---

<sup>2</sup> Cela correspond à la période allant de la semaine 36 (2020) à la semaine 26 (2021).

# RÉSULTATS

## 1. Aperçu de la situation épidémiologique

Cette section résume les principaux indicateurs relatifs à la situation épidémiologique de COVID-19 chez les enfants et adolescents. Les groupes d'âge choisis sont définis de manière à refléter la distribution des âges dans les niveaux scolaires (préscolaire, maternelle, primaire et secondaire). Les valeurs de ces indicateurs sont mises en perspective avec les valeurs observées pour l'ensemble de la population en Belgique.

Le tableau 1 donne un aperçu des valeurs cumulées pour l'ensemble de l'année scolaire, par groupe d'âge. Dans le groupe d'âge des 0-17 ans (2 439 065 personnes), 2 155 565 tests ont été effectués, 158 693 cas COVID-19 confirmés ont été enregistrés et 1039 hospitalisations ont été constatées.

Les données montrent que pendant l'année scolaire écoulée, en moyenne un test a été administré par enfant pour chaque enfant à partir de 6 ans. Le nombre total de tests chez tous les enfants et les adolescents de moins de 18 ans (16,4% de tous les tests pendant cette période) est proportionnelle à la taille de ce groupe d'âge dans la population (21,2% de la population totale) et au nombre d'infections (15,8% du nombre total). En revanche, les enfants et les adolescents représentent qu'une très faible proportion des admissions à l'hôpital (2 %) et de la mortalité (<0,03 %), pour laquelle l'âge est le principal facteur de risque.

**Tableau 1. Les principaux indicateurs épidémiologiques COVID-19, par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population belge, 01/09/2020-30/06/2021.**

	0-2 ans	3-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Population totale	% du total qui a <18 ans
Cas confirmés	4 784	8 097	67 873	77 939	1 003 109	15,8
Hospitalisations*	743	57	88	151	55 883	1,9
Décès			<5**		15 081	<0,03
Tests	149 748	183 888	929 871	892 058	13 128 185	16,4
Taux de positivité	3,4 %	4,6 %	7,7 %	9,3 %	8,5 %	/
Population par groupe d'âge <sup>3</sup>	357 357	378 648	937 984	765 076	11 492 641	21,2

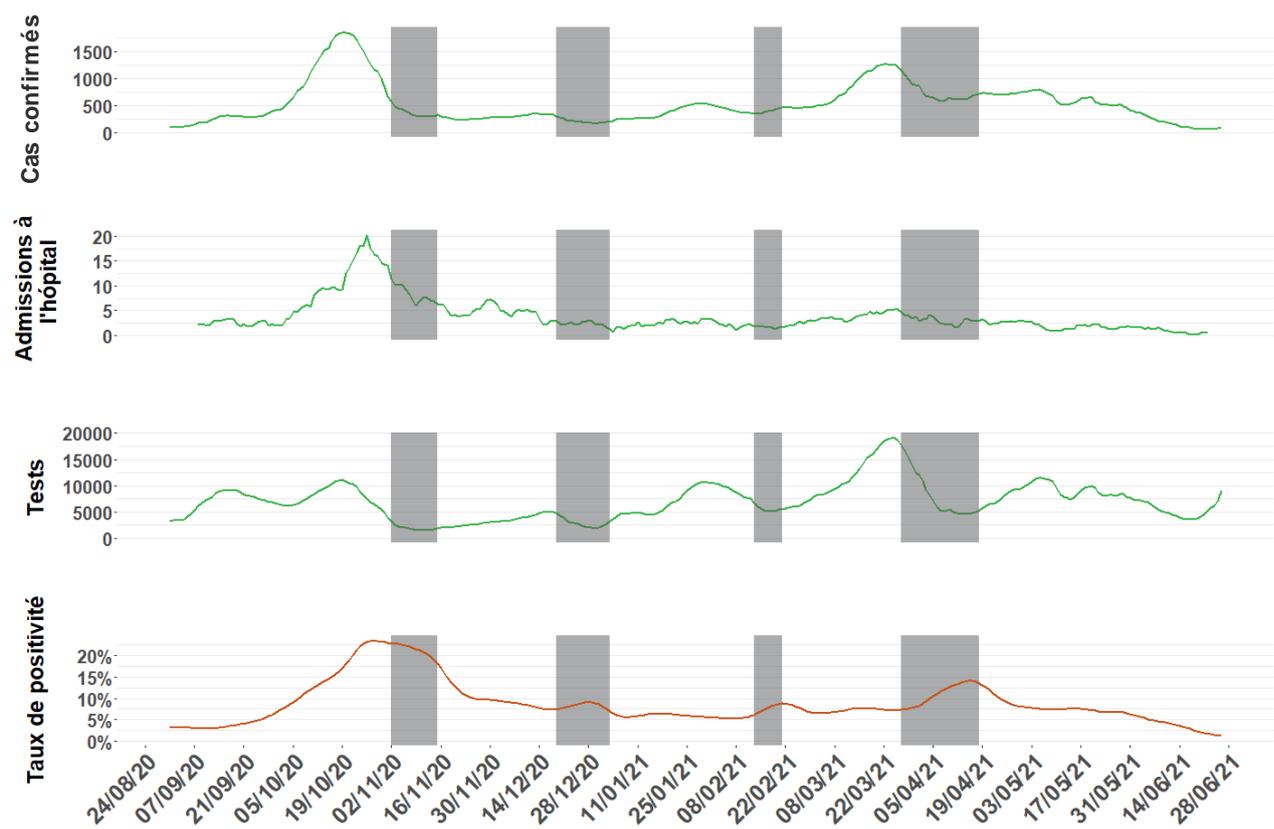
\* basé sur la surveillance clinique des hôpitaux, corrigé pour une sous-déclaration probable de 35%.

\*\* moins de 5 décès dans le groupe de population des 0 à 17 ans pendant toute la période.

<sup>3</sup> Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2020 selon les données de Statbel (<https://statbel.fgov.be>)

La figure 1 présente l'évolution des différents indicateurs tout au long de l'année scolaire pour l'ensemble du groupe d'enfants âgés de 0 à 17 ans. L'augmentation du nombre de cas détectés lors de la deuxième vague (octobre-novembre 2020) est, comme attendu, suivie avec un certain retard par une augmentation du nombre d'hospitalisations. Toutefois, il convient de noter que le nombre d'admissions à l'hôpital est resté quasiment stable en mars-avril 2021, malgré un pic du nombre d'infections détectées. Ce pic du nombre d'infections détectées s'accompagne par contre d'un pic du nombre de tests effectués et est lié à l'extension de la stratégie de dépistage pour les enfants et les adolescents au printemps 2021. Les changements de stratégie de test au cours de l'année scolaire sont décrits plus en détail à l'annexe 2.

**Figure 1. Evolution des principaux indicateurs épidémiologiques de COVID-19 chez les enfants et adolescents (0-17 ans) pendant l'année scolaire 2020-2021, Belgique.** La moyenne mobile sur 7 jours. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.



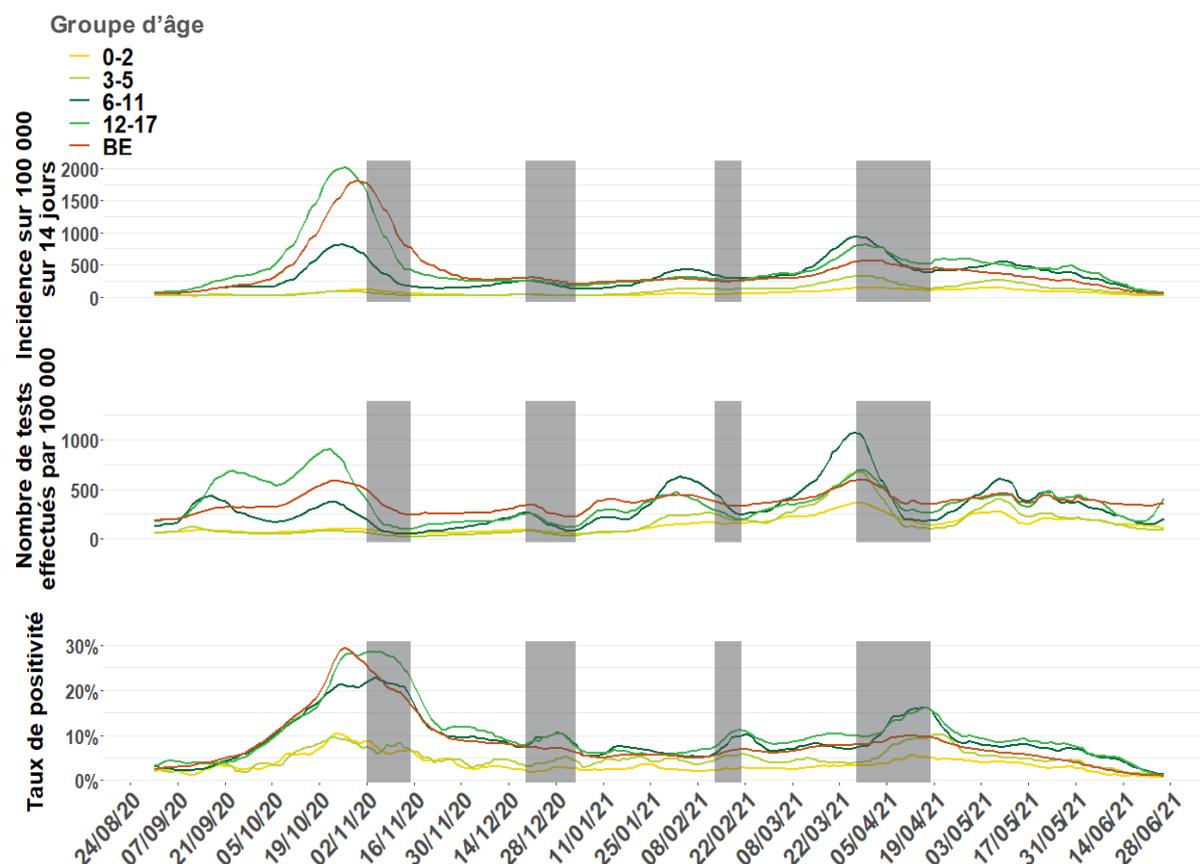
La méthodologie de récolte des données et certains points d'attention concernant l'interprétation sont décrits à l'annexe 1. Les détails basés sur les données relatives aux infections sont fournis au chapitre 2, et celui basé sur les données relatives aux hospitalisations et décès au chapitre 3.

## 2. Infections COVID-19

Avec les données de surveillance des cas confirmés de COVID-19, nous pouvons tracer l'évolution du nombre d'infections enregistrées et de tests effectués par groupe d'âge et le mettre en relation avec la taille de ce groupe d'âge (nombre pour 100 000 personnes). Ceci est présenté dans la figure 2, où le taux de positivité est également indiqué par groupe d'âge.

La figure 2 (premier panneau) présente l'incidence à 14 jours des cas pour 100 000 personnes dans ce groupe d'âge. Le panneau central de la figure 2 (voir la figure B de l'annexe 3) présente que le nombre de tests effectués dans chaque groupe d'âge diminue de manière remarquable pendant les vacances scolaires. Dans le groupe des enfants de l'école primaire (6-11 ans), on a observé une forte augmentation du nombre de tests juste avant les vacances prolongées de Pâques, qui a précédé une augmentation du nombre de cas confirmés. La diminution du dépistage pendant les vacances scolaires s'accompagne d'une augmentation attendue du taux de positivité (figure 2 et figure C de l'annexe 3). Pendant les vacances scolaires, les tests ne sont pas prescrits par les écoles et nous observons que les enfants et les adolescents sont testés de manière moins systématique que lorsque les écoles sont ouvertes, ce qui explique un taux de positivité plus élevé pendant les vacances.

**Figure 2 : incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 pour 100 000 personnes, nombre de tests effectués pour 100 000 personnes (moyenne mobile sur 7 jours) et taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours), par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population, du 01/09/2020 au 30/06/2021, Belgique.** Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.



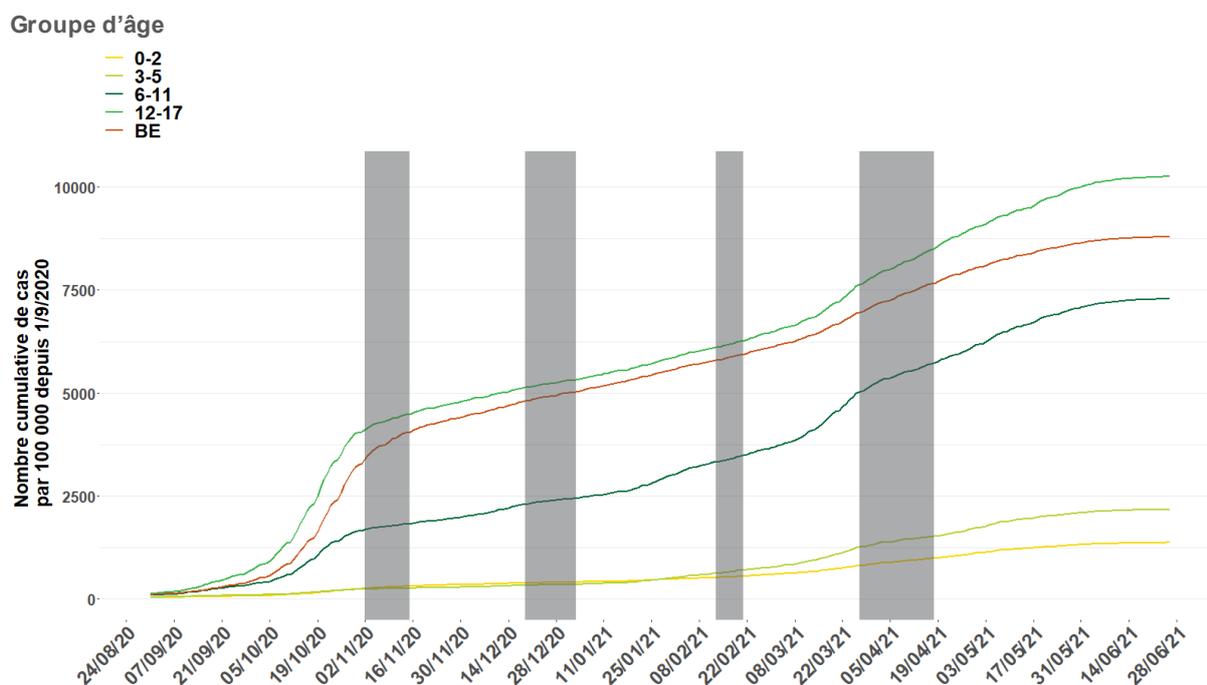
Note : "BE" indique l'ensemble de la population en Belgique (tous les groupes d'âge).

Note : L'incidence est représentée par la somme du nombre de cas pour les 14 jours antérieurs par rapport au nombre de personnes appartenant à ce groupe d'âge, contrairement aux deux autres panneaux, où les chiffres sont présentés sur une base quotidienne (moyenne mobile sur 7 jours).

Les différents groupes d'âge ont des évolutions différentes en ce qui concerne le nombre de tests effectués. Alors que pour les jeunes de l'enseignement secondaire, le nombre de tests suit assez fidèlement l'évolution générale de la population en Belgique. Néanmoins depuis environ janvier 2021 les enfants du groupe d'âge de 6-11 ans ont relativement été plus testés que la période précédente. Dans les groupes d'âge de 0 à 2 ans et de 3 à 5 ans, les tests sont également plus nombreux depuis le début de l'année 2021, mais le nombre reste relativement inférieur à celui observé dans la population générale en Belgique. Il est remarquable que pour les enfants de moins de 6 ans, le taux de positivité reste faible malgré le nombre limité de tests.

La figure 3 présente le nombre de cas confirmés de COVID-19 cumulé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020. **À la fin de l'année scolaire 2020-2021, environ 10 % des jeunes de l'enseignement secondaire (12-17 ans) ont été confirmé avoir eu une infection de COVID-19.** Ce pourcentage de l'enseignement secondaire est légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population en Belgique, principalement en raison d'un nombre relativement plus élevé d'infections confirmées à partir d'avril 2021 pour les élèves de l'enseignement secondaire. Le nombre cumulé d'infections chez les enfants de l'école primaire (relative au population de ce groupe d'âge) est inférieur à celui de la population générale, bien que cette différence soit en baisse depuis mi-mars. Le pourcentage de cas confirmés dans les groupes d'âge les plus jeunes (les enfants de moins de 6 ans) est sensiblement inférieur à celui de la population générale en Belgique.

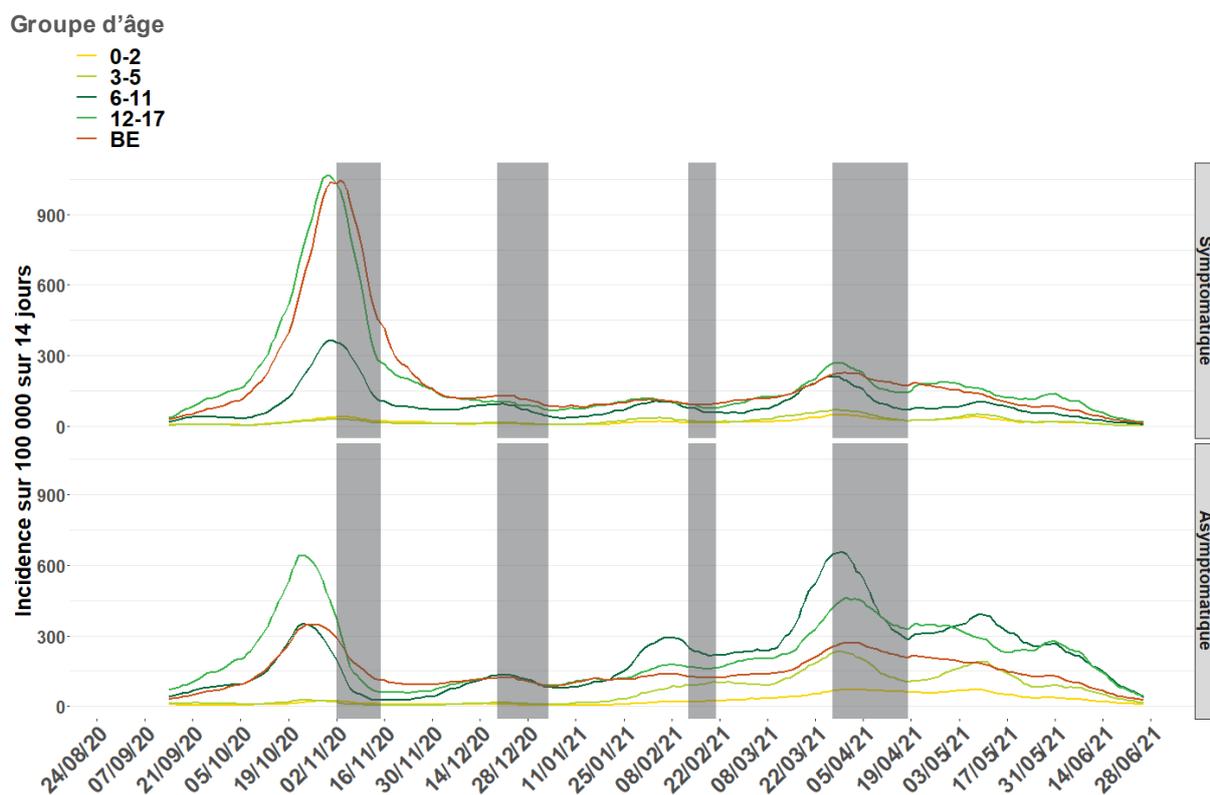
**Figure 3 : Nombre cumulé des cas de COVID-19 pour 100 000 personnes par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population, 01/09/2020 au 30/06/2021, Belgique.** Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.



Note : "BE" indique l'ensemble de la population en Belgique (tous les groupes d'âge).

Les données relatives à la prescription du test COVID-19 (principalement des formulaires électroniques utilisés par les médecins généralistes, les médecins en collectivité et à l'hôpital) permettent d'estimer la proportion de patients symptomatiques au moment où la prescription a été faite. Pour 60 % des cas de COVID-19 rapportés, des informations sur la présence de symptômes au moment du test sont disponibles. Malgré les limites (données incomplètes, possibilité de symptômes apparaissant plus tard), elles nous permettent de constater qu'à partir de janvier 2021 (le semestre au cours duquel davantage de tests ont été effectués), davantage d'infections asymptomatiques ont été détectées, notamment chez les enfants de l'école primaire juste avant les vacances de Pâques (figure 4). **L'incidence des infections asymptomatiques (cas pour 100 000 personnes) au moment de la réalisation du test est plus élevée chez les enfants et les adolescents de 6 à 17 ans que dans la population générale.**

Figure 4. Nombre des cas de COVID-19 sur 14 jours, selon la présence ou l'absence de symptômes au moment de la prescription du test, pour 100 000 personnes d'un groupe d'âge et pour l'ensemble de la population, 01/09/2020-30/06/2021, Belgique. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.



Note : "BE" indique l'ensemble de la population en Belgique (tous les groupes d'âge).

### 3. Admissions à l'hôpital et mortalité dues au COVID-19

Le nombre de patients hospitalisés en raison de COVID-19 est dérivé des rapports détaillée des hôpitaux pour les patients atteints de COVID-19, la COVID-19 *clinical hospital surveillance*. Nous savons que seuls 60 à 70 % des cas sont rapportés en détail et nous extrapolons le nombre rapporté pour obtenir des estimations du nombre total de patients par groupe d'âge qui ont été hospitalisés en raison de COVID-19. Ces estimations semblent réaliste, mais peuvent avoir une marge d'erreur limitée.

**Au cours de l'année scolaire 2020-2021, environ 1100 enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans ont été admis à l'hôpital en raison de COVID-19.** Selon ces chiffres, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans représentent moins de 2 % du nombre total d'admissions à l'hôpital dues au COVID-19, alors qu'ils représentent plus de 20 % de la population.

- 
- *Les enfants et adolescents de 0 à 17 ans représentent < 2 % de l'ensemble des hospitalisations COVID-19*
  - *Dont un grande partie sont des nourrissons : 41 % ont moins de 3 mois*
  - *Evolution clinique généralement favorable :*
    - *50 % peuvent rentrer chez eux après 1 ou 2 jours*
    - *5 % ont eu besoin de soins intensifs*
- 

La moitié des enfants et des adolescents ont pu quitter l'hôpital après 1 ou 2 jours, et 75 % des enfants et des adolescents ont quitté l'hôpital après 4 maximum jours. Les jeunes enfants sont les plus susceptibles d'être admis à l'hôpital, en effet 70 % de l'ensemble des hospitalisations parmi les enfants et adolescents de 0 à 17 ans ont eu lieu chez les enfants âgés de 0 à 2 ans. Plus d'une hospitalisation sur trois (41 %) d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans se produit dans le groupe d'âge de 0 à 2 mois. Ce peut s'expliquer par le fait que les médecins sont beaucoup plus attentifs avec les très jeunes enfants : chez les nourrissons de moins de 3 mois, la fièvre est toujours un symptôme d'alarme qui nécessite des examens complémentaires. Les 3-5 ans représentent 5% des hospitalisations, les 6-11 ans 8% et les adolescents de 12-17 ans 15%.

Cinq pour cent de tous les enfants et les adolescents qui sont admis à l'hôpital en raison de COVID-19 nécessitent des soins intensifs (au total, 35 cas rapportés). En tenant compte de la sous-déclaration, on peut **estimer qu'environ 50 enfants et adolescents de moins de 18 ans ont été aux soins intensifs au cours de la dernière année scolaire à cause d'une infection de COVID-19. La moitié de ces enfants présentaient des maladies sous-jacents.** Les enfants et adolescents qui ont été admis dans les unités de soins intensifs ont quitté l'hôpital après une moyenne de 10 jours. Comme mentionné précédemment, les très jeunes enfants sont souvent admis par précaution, même s'ils présentent des symptômes légers. Cela se reflète également dans les chiffres relatifs à l'admission dans les unités de soins intensifs où seuls 2 % de tous les enfants de moins de 2 ans admis à l'hôpital avec la COVID-19 nécessitent des soins intensifs, alors que cette proportion est de 21% pour les enfants âgés de 6 à 11 ans et de 13% pour les adolescents âgés de 12 à 17 ans. Pour la population générale (toutes tranches d'âge confondues), 19,1% des personnes admises à l'hôpital en raison de COVID-19 ont fini en soins intensifs - un chiffre similaire à celui des 6-17 ans.

Mise à part de du total de plus ou moins 1100 enfants et adolescents hospitalisés en raison de symptômes causés par la COVID-19, il y a aussi des enfants qui devaient être hospitalisés en raison d'une opération, par exemple, et pour lesquels un prélèvement de COVID s'avérait d'être positif. Pour

environ 500 enfants, les hôpitaux ont indiqué que le diagnostic avait été posé sur base d'un tel "dépistage systématique". Parmi ceux-ci 13 de ces enfants (ayant reçu un diagnostic accidentel de COVID-19) se sont retrouvés en soins intensifs, entre autres à cause d'une péritonite.

Une complication rare de COVID-19 qui a été décrite spécifiquement chez les enfants et adolescents est le **syndrome inflammatoire multi-systémique** chez l'enfant, ou **MIS-C** (anciennement appelé "Kawasaki-like"). Ce syndrome est dû à une réaction tardive du système immunitaire contre son propre organisme, plusieurs semaines ou mois après le "déclenchement" initial par le virus SARS-CoV-2. Sciensano ne dispose pas d'estimations fiables du nombre de cas de MIS-C au cours de la dernière année scolaire. Au moment du diagnostic du MIS-C, le test PCR COVID-19 sur l'écouvillon sera souvent à nouveau négatif et tous ces cas ne seront donc pas enregistrés dans cette surveillance. Les cas rapportés de MIS-C survenaient principalement chez les enfants âgés de 6 à 11 ans (51% des cas rapportés). Une proportion de 40% des enfants et adolescents atteints de MIS-C ont nécessité une admission en unité de soins intensifs.

Presque tous les enfants et les adolescents hospitalisés pour la COVID-19 ont quitté l'hôpital en bonne santé. Néanmoins, **il y a aussi eu quelques décès d'enfants au cours de l'année scolaire écoulée. Il s'agit de moins de 5 cas. Tous ces enfants avaient de graves maladies sous-jacentes.**

À titre de comparaison, entre 2014 et 2018 (les cinq dernières années pour lesquelles nous disposons de chiffres détaillés), en moyenne environ 775 personnes âgées de 0 à 19 ans sont décédées chaque année en Belgique<sup>4</sup>. La grande majorité de ces décès (79 %) étaient dus à des causes naturelles telles que des maladies ou des troubles congénitaux. En moyenne, chaque année, 8 personnes de cette tranche d'âge meurent de la grippe et 6 de pneumonie.

**Bien que le COVID-19 ait provoqué un pic d'hospitalisations et de décès en Belgique, le nombre d'enfants et d'adolescents tombés gravement malades ou décédés était très faible par rapport au nombre d'adultes et de personnes âgées.**

Les admissions à l'hôpital ne reflètent pas à elles seules toute la charge de morbidité. Les patients ambulatoires peuvent aussi, dans des cas exceptionnels, présenter des symptômes plus durables. Il n'existe pas de chiffres clairs sur la charge de morbidité des patients pédiatriques ambulatoires de COVID-19. Bien que la "longue COVID" puisse également se présenter chez les enfants et les adolescents, elle semble moins fréquente que dans les autres groupes d'âge.

Il convient également de souligner les effets non infectieux de la crise du COVID-19 elle-même et la réduction de l'accès aux soins, y compris aux soins préventifs, sur la santé générale des enfants et des jeunes. L'impact mental et psychosocial est abordé au chapitre 6.

<sup>4</sup> Source : [SPMA : Standardized Procedures for Mortality Analysis - Belgium](#) Les données sont disponibles pour les groupes d'âge par 10 ans. Par conséquent, les chiffres pour les 0-19 ans sont donnés ici, tandis que les chiffres pour les 0-17 ans sont donnés ailleurs dans le rapport.

## 4. Anticorps anti-SARS-CoV-2

Les résultats concernant la présence d'anticorps anti-SARS-CoV-2 chez les enfants et les adolescents sont basés sur une étude réalisée sur un échantillon aléatoire de 1 285 élèves dans 44 écoles primaires (710 élèves) et 40 écoles secondaires (575 élèves)<sup>5</sup>. Cet échantillon est représentatif de l'ensemble des élèves âgés de 6 à 15 ans en Belgique. Tous les élèves de cet échantillon ont été soumis à un test de dépistage des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 pendant trois périodes différentes (voir Tableau 2).

La présence d'anticorps indique que la personne a été en contact avec le virus SARS-CoV-2 et a donc développé des anticorps contre celui-ci. Après un contact avec le virus SARS-CoV-2, il faut environ 14 jours pour que des anticorps détectables soient produits. Ces anticorps restent présents chez la plupart des personnes pendant plusieurs mois, voire plus d'un an<sup>6</sup>.

**En décembre 2020-janvier 2021, des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 ont été trouvés chez 12,4% des enfants et des adolescents âgés de 6 à 15 ans en Belgique. En mars 2021, ce chiffre était passé à 17,5 % et en mai-juin 2021 à 16,2 %** (tableau 2). Cela signifie qu'en juin 2021, près du double des enfants et de adolescents avaient des anticorps contre le virus du SARS-CoV-2 que le nombre de ceux dont le test de diagnostic était positif (voir figure 3).

Les pourcentages d'enfants et d'adolescents présentant des anticorps contre le SARS-CoV-2 sont similaires aux résultats obtenus dans la population générale<sup>7</sup>. Pour les trois périodes de prélèvement, on constate que les enfants de l'école primaire sont nettement moins nombreux à avoir des anticorps que ceux de l'école secondaire (tableau 2). Toutefois, les différences entre les groupes d'âge sont faibles et ne sont pas statistiquement significatives. Nous constatons également qu'après le mois de mars, le nombre d'enfants et d'adolescents présentant des anticorps contre le SARS-CoV-2 n'a plus augmenté.

**Tableau 2 : Pourcentage d'enfants et adolescents présentant des anticorps contre le SARS-CoV-2, trois périodes de prélèvement (du 3 décembre 2020 au 28 janvier 2021, du 1er au 26 mars 2021 et du 17 mai au 11 juin), Belgique**

	Décembre 2020 - janvier 2021	Mars 2021	Mai - Juin 2021
	% (IC à 95%)	% (IC à 95%)	% (IC à 95%)
École primaire	11,0 (7,6 - 15,9)	17,1 (13,3 – 21,9)	15,4 (12,2 – 19,6)
École secondaire	13,6 (9,9 - 18,5)	18,0 (13,6 – 23,8)	17,2 (13,1 – 22,7)
<b>TOTAL</b>	<b>12,4 (9,7 – 15,8)</b>	<b>17,5 (14,5 – 21,1)</b>	<b>16,2 (13,5 – 19,4)</b>

IC = intervalle de confiance

<sup>5</sup> Le protocole : <https://www.sciensano.be/en/biblio/prevalence-and-incidence-antibodies-against-sars-cov-2-children-and-school-staff-measured-one-year> (protocole),

Les résultats de l'étude sont disponibles aux : <https://www.sciensano.be/en/biblio/prevalence-and-incidence-antibodies-against-sars-cov-2-children-and-school-staff-measured-between> (résultats décembre 2020 - janvier 2021) et <https://www.sciensano.be/en/biblio/prevalence-and-incidence-antibodies-against-sars-cov-2-children-and-school-staff-measured-between-0> (résultats mars 2021).

<sup>6</sup> Yao L, Wang GL, Shen Y, Wang ZY, Zhan BD, Duan LJ, Lu B, Shi C, Gao YM, Peng HH, Wang GQ, Wang DM, Jiang MD, Cao GP, Ma MJ. Persistence des anticorps et des réponses immunitaires cellulaires chez les patients COVID-19 pendant neuf mois après l'infection. J Infect Dis. 2021 May 12;jiab255. doi : 10.1093/infdis/jiab255.

Duysburgh E, Mortgat L, Barbezange C, Dierick K, Fischer N, Heyndrickx L, Hutse V, Thomas I, Van Gucht S, Vuylsteke B, Ariën KK, Desombere I. Persistence de la réponse IgG au SARS-CoV-2. Lancet Infect Dis. 2021 Feb;21(2):163-164. doi:10.1016/S1473-3099(20)30943-9. Epub 2020 Dec 17.

<sup>7</sup> Voir le tableau de bord Sciensano "études - séroprévalence" : <https://datastudio.google.com/embed/reporting/7e11980c-3350-4ee3-8291-3065cc4e90c2/page/ZwmOB>.

Cette étude montre que depuis le début de l'épidémie de COVID-19, les enfants ont été exposés à peu près au même rythme que les adultes au virus SARS-CoV-2. Toutefois, les enfants tombent rarement gravement malades en raison de COVID-19 comme présenté dans le section 4 de ce rapport,.

Entre mars 2021 et mai-juin 2021, nous ne constatons plus d'augmentation du nombre d'enfants présentant des anticorps, ce qui indique qu'entre début mars et mi-mai, la circulation du coronavirus dans ce groupe était faible. Il s'agit d'un résultat plutôt inattendu, compte tenu du pic du nombre d'infections détectées chez les enfants et les adolescents à la fin du mois de mars. Cela confirme que l'interprétation du pic du nombre d'infections détectées chez les enfants et les adolescents des écoles primaires et secondaires observé fin mars, avant les vacances prolongées de Pâques (Figure 2), doit tenir compte du pic simultané du nombre de tests effectués.

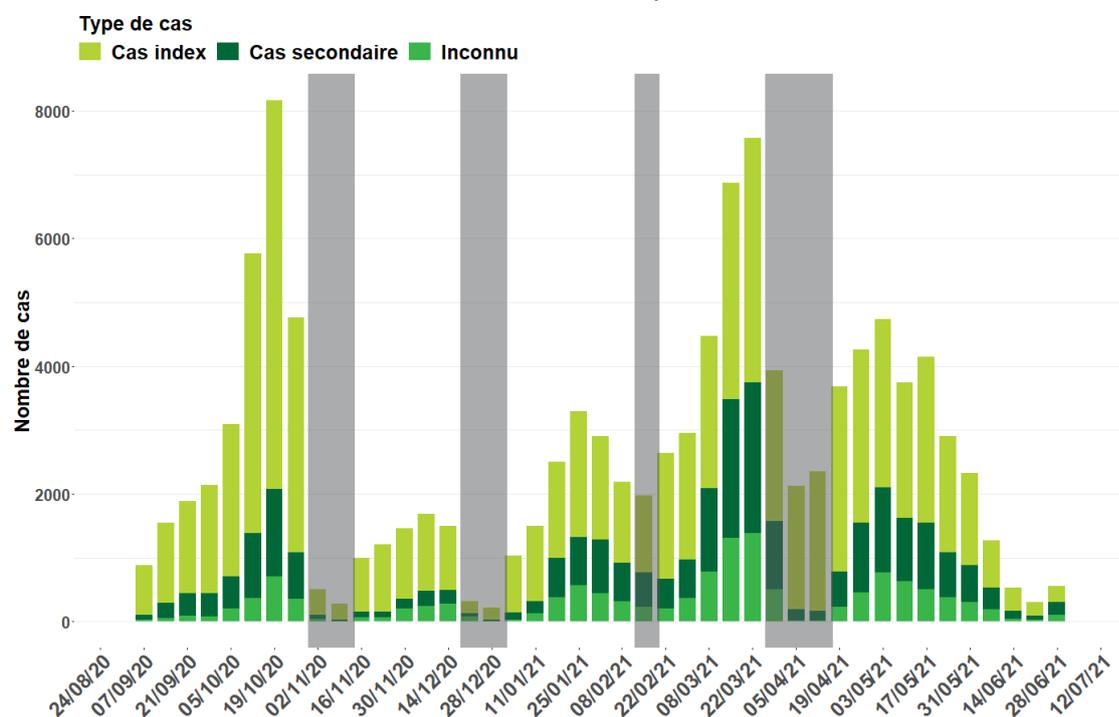
## 5. COVID-19 situation dans les écoles

Cette section présente le nombre d'infections au COVID-19 rapportées par les écoles, le nombre de cas secondaires, la raison du dépistage et le nombre relatif d'écoles avec des clusters. Les maternelles et les écoles primaires et secondaires sont inclus dans cette section. De plus amples informations sur le fonctionnement de la surveillance scolaire et la méthodologie sont décrites dans l'annexe 2. Le présent rapport se concentre sur les élèves.

La figure 5 présente le nombre de cas positifs de COVID-19 parmi les élèves rapportés par les écoles. **Les infections dans les écoles ont suivi une tendance similaire à celle des infections par la COVID-19 dans la population générale.** Immédiatement après le début de l'année scolaire, en septembre et octobre, une augmentation du nombre de cas rapportés dans les écoles est visible. Cette augmentation reflète la tendance dans la population générale, où une augmentation du nombre de cas avait déjà commencé avant le début de l'année scolaire. Pendant le pic de la deuxième vague (la seconde moitié du mois d'octobre), il peut y avoir eu une sous-déclaration à cause du nombre élevé de cas suivi et de la recommandation de cesser temporairement de tester les contacts à haut risque en général. Après la pause d'automne, le nombre de nouvelles infections par la COVID-19 est resté stable. En janvier, le nombre d'infections a atteint un plateau relativement élevé. Cette situation a changé en mars, lorsqu'une forte augmentation des infections a été observée. Les vacances de Pâques ont entraîné une nouvelle baisse de ce chiffre, qui est resté stable pendant un certain temps après la réouverture des écoles, avant de connaître une forte diminution à partir de la mi-mai.

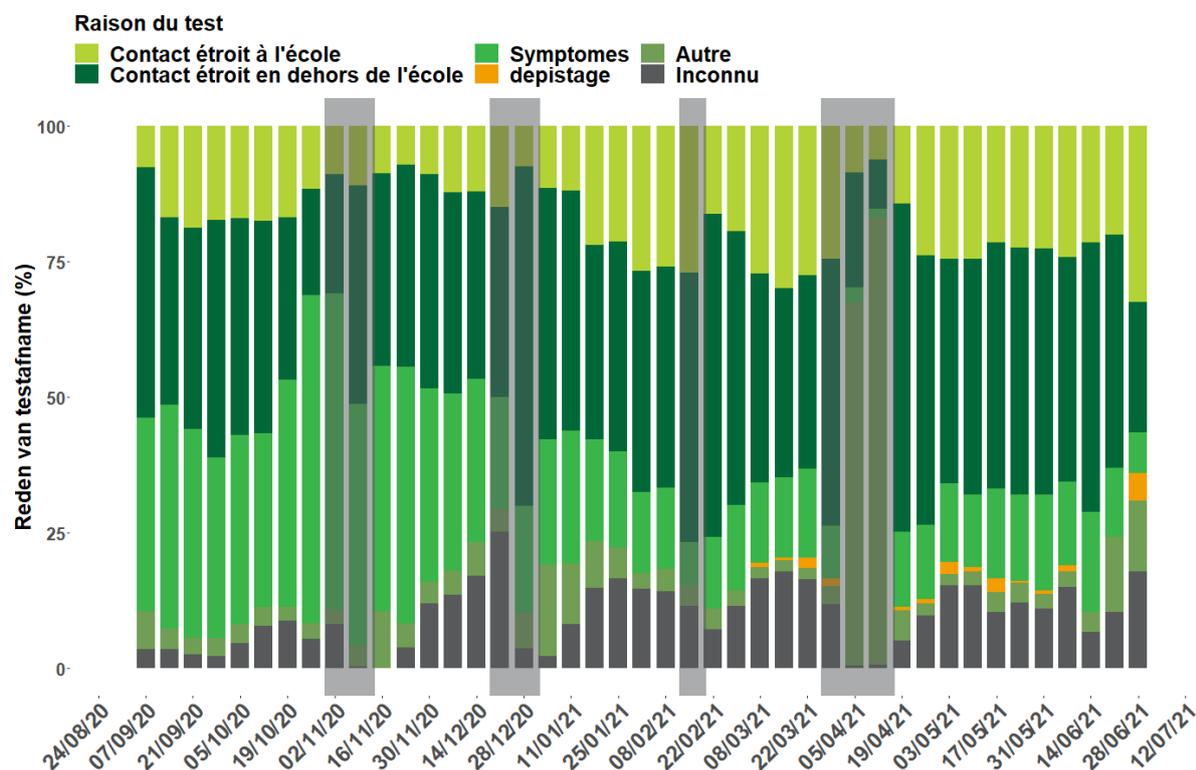
Une différence remarquable entre les deux semestres est que **la proportion de cas secondaires est plus faible pendant le premier semestre** en comparaison avec le second semestre. Ceci s'explique en partie par la différence de stratégie de test : extension du dépistage des camarades de classe asymptomatiques, à partir de janvier 2021. Les modifications principales apportées à la stratégie de test et aux mesures, y compris l'enseignement hybride dans certaines années à partir de la mi-novembre 2020, sont décrites à l'annexe 2.

**Figure 5 : Nombre de cas index et secondaires parmi les élèves rapportés par le surveillance scolaire, Belgique, 01/09/2020-30/06/2021.** Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires. Source des données : surveillance scolaire par PSE/PMS/CLB.



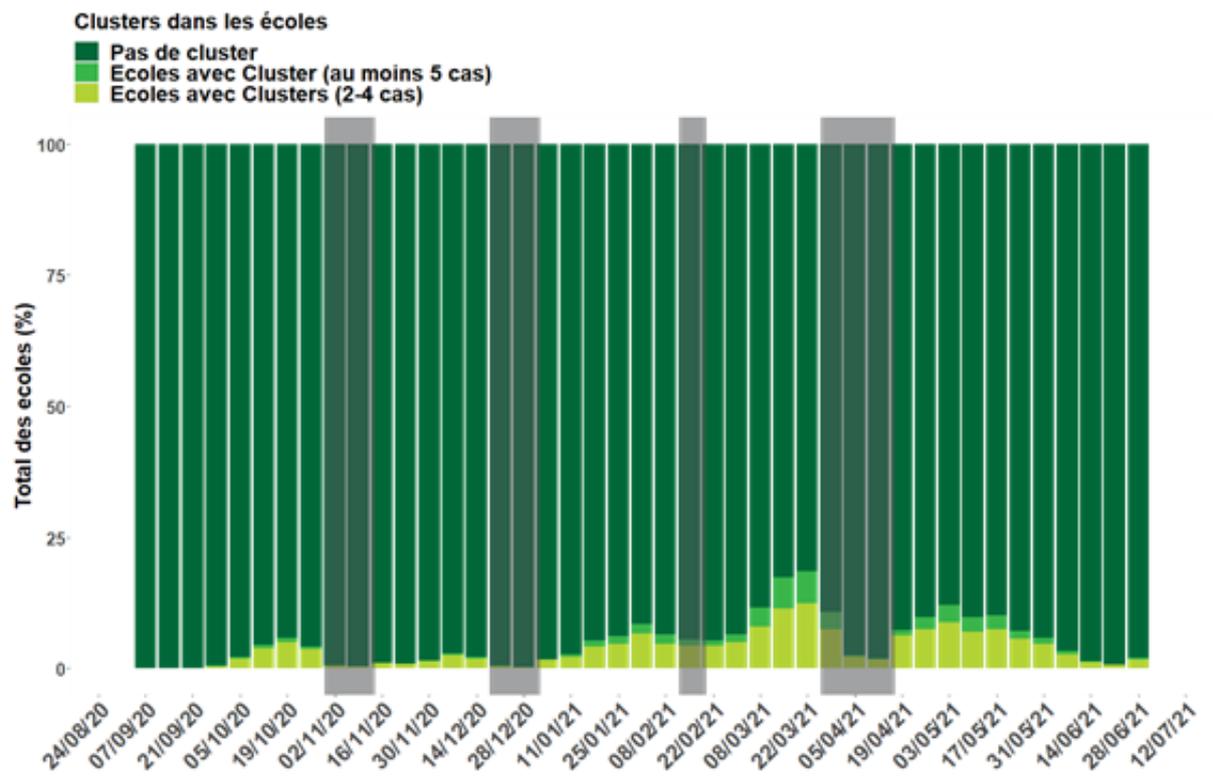
La figure 6 présente la raison pour laquelle les élèves sont testés pour tous les élèves testés positifs COVID-19, telle qu'indiquée par les services médicaux des réseaux scolaires. Les trois principales raisons de testing étaient d'avoir un contact à haut risque avec un cas confirmé, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école, et d'avoir des symptômes possibles de COVID-19. A partir de mars 2021, des dépistages à grande échelle ont parfois été effectués dans les écoles, où plusieurs cas de COVID-19 ont été découverts. Il est remarquable qu'**au fur et à mesure que l'année scolaire avance, la proportion d'élèves soumis à un test de dépistage en raison de la présence des symptômes diminue fortement**. Cela s'explique par le changement de stratégie de dépistage (voir l'annexe 2), selon lequel les élèves asymptomatiques ayant été testés plus souvent en raison d'un contact à haut risque pendant le deuxième semestre.

**Figure 6 : Evolution des raisons enregistrées pour le dépistage parmi les élèves testés positifs de COVID-19, Belgique, 01/09/2020-30/06/2021.** Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires. Source des données : surveillance scolaire par PSE/PMS/CLB.



L'évolution tout au long de l'année scolaire du nombre d'écoles présentant des clusters (au moins 2 cas avec un lien épidémiologique) est présentée dans la Figure 7. La méthodologie est basée sur le signalement des cas individuels dans le cadre de la surveillance des écoles, en détectant notamment les cas secondaires (annexe 2). Le seuil de cinq cas confirmés par cluster est arbitraire, mais est utilisée pour refléter le fait que la plupart des clusters étaient plutôt limitées en taille (2-4 cas). **Sur l'ensemble de la période, le nombre d'écoles présentant des clusters de 5 cas ou plus est resté limité.** Il y avait plus d'écoles avec des clusters de 5 cas ou plus en mars 2021, qui était aussi la période avec un nombre accru de cas détectés dans la population générale (voir la Figure 2).

**Figure 7 : Evolution du nombre relatif d'écoles avec et sans cluster COVID-19 actif par semaine Belgique, 01/09/2020-30/06/2021.** Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires. Source des données : surveillance scolaire par PSE/PMS/CLB.



Lorsqu'un cluster est détecté à l'école, il est nécessaire de prendre des mesures préventives pour limiter la propagation. En fonction du nombre de cas détectés, ces mesures peuvent aller de la mise en quarantaine des contacts à haut risque ou de la fermeture d'une classe à la fermeture de toute l'école ou à des tests à grande échelle. Pendant la période du 15 mars à la fin de l'année scolaire (30 juin), **les mesures prises dans les écoles francophones ayant un cluster de 5 cas de COVID-19 ou plus** ont été enquêtées. Une cluster active a été rapportée 365 fois; il peut parfois s'agir de le même cluster et/ou de la même école si le cluster est restée active pendant plusieurs semaines. Il en ressort que :

- le dépistage des contacts à haut risque sans fermeture des classes a été effectué dans 14% de ces écoles ;
- dans 41% des écoles, la détection du cluster a conduit à la fermeture d'une classe ;
- dans 27%, la détection du cluster a conduit à la fermeture de plusieurs classes ;
- dans 22% des écoles présentant des groupes de 5 cas ou plus, l'école entière a été fermée ;
- un dépistage élargi, plus étendu que le testing des contacts à haut risque, a eu lieu dans 17% de ces écoles.

## 6. La santé mentale pendant la crise de COVID-19

Ce rapport porte sur les infections à COVID-19, ainsi que sur les hospitalisations et la mortalité qui y sont liées chez les enfants et les jeunes au cours de l'année scolaire écoulée. Cependant, les enfants et les adolescents ont subi un impact plus large de l'épidémie de COVID-19 sur leur santé. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que, **selon la définition de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité**. La santé mentale et social est également une partie essentielle du concept de santé.

L'enquête de santé COVID-19 de Sciensano a montré une nette augmentation du nombre de symptômes dépressifs et de pensées suicidaires dans la population belge de 18 ans et plus<sup>8</sup>. On y observe un gradient d'âge remarquable, avec la plus forte augmentation des plaintes dans les groupes d'âge les plus jeunes. Les enfants et les adolescents de 0 à 17 ans n'ont pas été interrogés dans le cadre de cette enquête.

C'est pourquoi l'association francophone et l'association néerlandophone de pédopsychiatrie ont mené une enquête en avril et mai 2021 auprès de leurs membres et des autres médecins concernés (y compris des généralistes). Du côté francophone<sup>9</sup>, 154 médecins ont participé, du côté néerlandophone<sup>10</sup>, ils étaient 607. Les résultats sont similaires pour les deux groupes linguistiques : **85-92% des médecins interrogés estiment que le nombre d'adolescents se présentant pour un traitement en raison de problèmes mentaux a augmenté par rapport à l'année précédente**. Selon 59-65% des médecins, le nombre de demandes de soins a même augmenté de *manière significative*.

Les médecins ont également noté une augmentation des plaintes liées à des problèmes de suicide. Ces chiffres sont encore plus inquiétants quand on sait que les capacités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont limitées. Selon les médecins francophones, **seule la moitié des jeunes peuvent être aidés dans un délai de maximum trois mois**. Les listes d'attente ne sont malheureusement pas une nouveauté dans ce secteur, mais selon 77% des personnes interrogées, **les listes d'attente étaient (beaucoup) plus longues que d'habitude** cette année. Même pour les jeunes présentant des symptômes très graves, il n'y avait souvent aucune aide disponible : les psychiatres flamands pour enfants et adolescents ont indiqué que seul un jeune sur quatre pour lequel des soins de crise sont nécessaires (par exemple en raison d'une menace de suicide aiguë, d'une décompensation psychotique ou de troubles alimentaires graves) peut trouver un lit immédiatement. Les médecins urgentistes font le même constat.

La charge de travail des services CLB, PSE et PMS due au suivi des cas COVID-19 et des contacts a été extrêmement élevée au cours de l'année scolaire écoulée. Cela a mis la pression sur leurs autres tâches de prévention, tant en termes de suivi de la santé psychosociale que de la santé physique générale. Des chiffres précis sur l'impact ne sont pas disponibles.

Pour plus de chiffres et de recommandations spécifiques sur la prise en charge psychosociale des enfants et des adolescents lors de la pandémie de COVID-19, nous nous référons à l'avis du Conseil Supérieur de la Santé.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Disponible par: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Impact%20van%20de%20COVID-19%20crisis%20op%20de%20gezondheid%2C%20welzijn%20en%20levensstijl%20van%20de%20bevolking%20%2818%2Bjaar%29\\_NL.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Impact%20van%20de%20COVID-19%20crisis%20op%20de%20gezondheid%2C%20welzijn%20en%20levensstijl%20van%20de%20bevolking%20%2818%2Bjaar%29_NL.pdf)

<sup>9</sup> Association Professionnelle des Psychiatres Infanto-Juveniles Francophones. Sondage sur l'état actuel de la pédopsychiatrie face à la crise sanitaire depuis le 1er février 21 : phase 1 & 2. Résultats non publiés, communication personnelle.

<sup>10</sup> Association flamande pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Impact de l'enquête COVID-19, 6 avril 2021. Résultats non publiés, communication personnelle.

<sup>11</sup> Le Conseil Supérieur de la Santé. Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : enfants et jeunes. Bruxelles, août 2021. Accès sur: <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9662-prise-en-charge-psychosociale-pendant-la-pandemie-covid-19-enfants-et-jeunes>

# REMERCIEMENTS

Nous voudrions tout d'abord remercier l'ensemble équipes des centres PSE, PMS et CLB qui, jour après jour, ont été en contact avec les écoles. Ils ont collecté les données sur le nombre de cas et ont assuré le suivi des cas et des contacts, afin de limiter la propagation du virus dans les écoles. Sans ce travail de terrain, ce rapport aurait simplement été impossible. Nous remercions également les équipes de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, du Service de l'enseignement de la Communauté flamande et de l'ONE en Communauté française pour avoir organisé depuis le début de l'année scolaire cette surveillance de manière structurée et standardisée. Finalement, nous remercions les experts de la Task Force Pédiatrique pour leur implication dans la surveillance des écoles et le bien-être des enfants et des adolescents tout au long de l'année scolaire.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE

### Données relatives au numéro de cas

Les données sur le nombre de cas et le nombre de tests sont obtenues auprès des laboratoires et d'autres professionnels de la santé (par exemple, les médecins généralistes et les pharmaciens) qui transfèrent quotidiennement les résultats des tests PCR et antigènes à la base de données Sciensano HealthData. Les résultats positifs des personnes qui ont déjà été testées positives au cours des dernières semaines ou des derniers mois<sup>12</sup> ne sont comptés qu'une seule fois pour le nombre de "nouveaux cas".

Le taux de positivité exprime le nombre de tests positifs pour 100 tests effectués et doit être interprété conjointement avec l'évolution du nombre absolu de tests. Contrairement au nombre de nouveaux cas, pour le taux de positivité, chaque test est compté, y compris les tests sur des personnes qui, par exemple, ont déjà été testées positives quelques jours auparavant et sont testées à nouveau.

Le nombre d'infections confirmées enregistrées dépend non seulement du nombre réel d'infections mais aussi du nombre de tests effectués. Le nombre de tests est à son tour influencé par la stratégie de testing (par exemple, le fait de tester ou non les contacts asymptomatiques à haut risque, quelles personnes sont considérées comme un contact à haut risque, etc.), qui est également influencée par les changements de comportement et la volonté de tester, par exemple pendant les périodes de vacances (moins de tests pendant les périodes de vacances, sauf pour les voyageurs). Les changements importants dans la stratégie de test sont résumés en annexe 2.

### Données relatives à la surveillance scolaire

La surveillance scolaire est principalement basée sur les activités de tracing de contacts par les services médicaux des écoles (PSE/PMS/CLB). Les données anonymisées du réseau néerlandophone sont transmises à Sciensano via Onderwijs Vlaanderen et VAZG. Les données anonymisées du réseau francophone sont également transférées à Sciensano par les services PSE/PMS sous une forme anonyme sous la coordination de l'ONE. Outre les écoles maternelles, primaires et secondaires, l'enseignement supérieur en dehors des universités est également inclus dans la surveillance scolaire, mais en raison de l'accent mis sur le groupe d'âge des -18 ans dans ce rapport, l'enseignement supérieur n'est pas inclus dans les analyses.

Dans la surveillance des écoles, une distinction est faite entre :

- les cas index : les élèves dont le résultat du test COVID-19 est positif et qui ont été testés sans lien spécifique avec une infection à l'école ; et
- les cas secondaires : les élèves dont le résultat du test COVID-19 est positif et qui ont été testés en raison d'un contact à haut risque ayant eu lieu à l'école.

Pour le dénominateur, enfin de calculer le nombre d'écoles avec des clusters actifs, toutes les écoles ayant rapporté au moins une infection de COVID-19 au cours de l'année scolaire passée ont été prises en compte (n=5719). Les élèves testés positivement ont été considérés comme faisant partie d'un cluster si la raison du test était un contact à haut risque à l'école, ou si l'élève était explicitement rapportée comme un cas secondaire par les médecins scolaires, au cours de la même semaine ou de la semaine suivante.

Dans certains cas, le personnel enseignant était également inclus dans la surveillance des écoles (s'ils avaient un lien épidémiologique avec des élèves), mais pour ce rapport, le personnel n'a été inclus dans le chiffre des clusters que s'il faisait partie d'un cluster comprenant également des élèves.

### Données relatives à d'autres surveillances

De plus amples informations sur les sources de données relatives à d'autres surveillances sont disponibles dans [le FAQ](#).

---

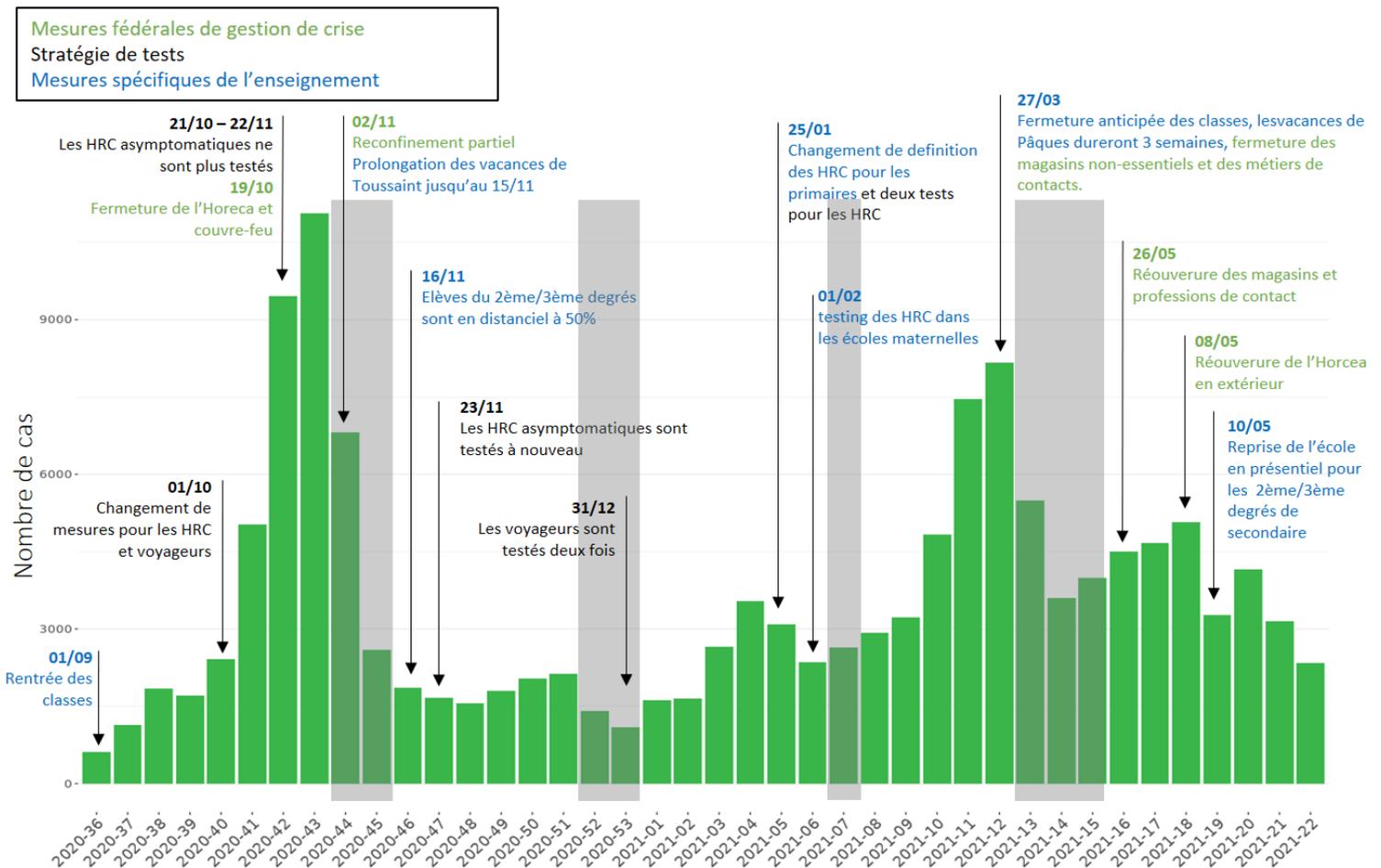
<sup>12</sup> Depuis le 23 mai 2021, un intervalle d'au moins 90 jours est utilisé pour reclasser un résultat positif en "nouvelle infection". Auparavant, cet intervalle était de 8 semaines.

## ANNEXE 2: APERÇU DES CHANGEMENTS LES PLUS IMPORTANTS EN TERMES DE MESURES

Au cours de l'année scolaire 2020-2021, les mesures de dépistage et de quarantaine pour l'ensemble de la population ont évolué régulièrement. En outre, certains changements ne concernent que des groupes d'âge spécifiques. Au cours du premier semestre, les enfants de moins de 12 ans ont été moins testés en moyenne, en partie à cause d'une définition moins stricte des contacts à haut risque que pour les adolescents et les adultes. À partir du 25 janvier 2021, cette définition a changé pour les enfants du primaire et du préscolaire.

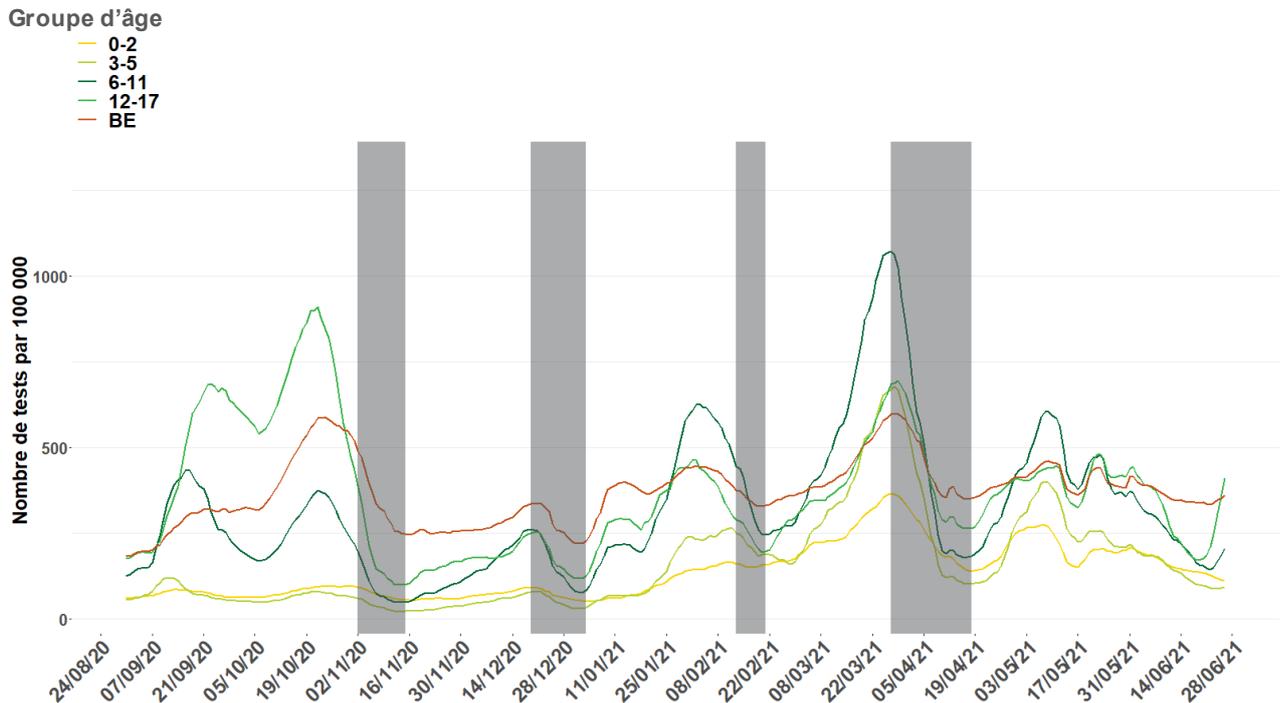
En fonction de la situation épidémiologique, les écoles ont également été fermées pendant des périodes inhabituelles, notamment une semaine supplémentaire pendant les vacances d'automne et une semaine supplémentaire pendant les vacances de Pâques. Les principales mesures influençant l'évolution de l'épidémie, le nombre de tests effectués et la situation dans les écoles sont énumérées ci-dessous.

**Figure A. Evolution du nombre hebdomadaire de cas confirmés chez les jeunes de moins de 18 ans en Belgique et des mesures les plus importantes liées à l'épidémie de COVID-19, du 31/08/2020 au 30/06/2021, Belgique. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.**



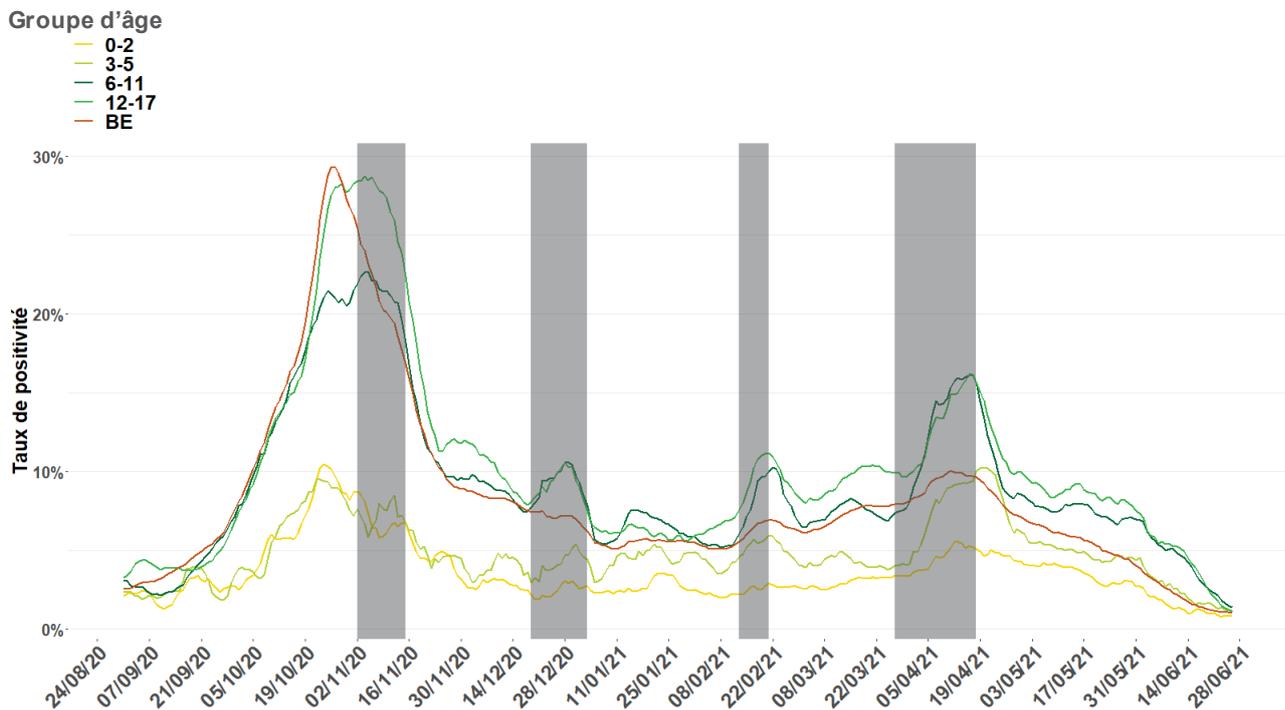
### ANNEXE 3: APERÇU DES CHANGEMENTS LES PLUS IMPORTANTS EN TERMES DE MESURES

Figure B : Nombre de tests effectués pour 100 000 habitants (moyenne mobile sur 7 jours), par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population belge, du 01/09/2020-30/06/2021, Belgique. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.



Note : "BE" pour l'ensemble de la population en Belgique (tous les groupes d'âge).

Figure C : Taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours), par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population belge, du 01/09/2020-30/06/2021, Belgique. Les zones grisées indiquent les périodes de vacances scolaires.



Note : "BE" pour l'ensemble de la population en Belgique (tous les groupes d'âge).

## PLUS D'INFO

—  
Visitez notre site :  
[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

<https://covid-19.sciensano.be/fr>

ou contactez-nous à  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be)

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Editeur responsable: Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2021/14.440/67