



Le Président

Réf : 20-004056

Paris, le 22 octobre 2020

Monsieur le Directeur général,

Le groupe de travail du HCSP politique de santé globale de l'enfant a souhaité l'ouverture d'une autosaisine.

En effet comme l'indique ce groupe de travail (GT), les difficultés de gestion des lits dans les services de pédiatrie (urgences et hospitalisations), liées aux infections virales saisonnières, sont récurrentes en France de fin octobre à fin février ou début mars.

La deuxième vague du COVID associée à la survenue des épidémies automno-hivernales représente une période à haut risque de mise en tension de l'offre de soins par la "cohabitation" des virus de la grippe, de la bronchiolite (VRS) et du SARS-Cov-2.

Il est déjà établi que cette offre de soins est insuffisante en phase épidémique ce que traduit l'obligation de transférer chaque hiver, lorsque le système de soins sature en Ile de France, certains cas de bronchiolite parmi les plus graves en dehors de cette région. Même si les données de l'hiver austral permettent d'espérer que ce scénario est peu probable, une saturation des structures de soins pédiatriques pourrait être dramatique et mérite d'être prévenue.

A court terme, le GT enfants propose de tenter de limiter l'épidémie de bronchiolite par une campagne d'information attirant l'attention des professionnels et du public sur l'intérêt de mesures d'hygiène efficaces sur les trois virus et renforcer les incitations à la vaccination antigrippale des personnes figurant sur la liste des populations cibles, notamment les femmes enceintes et les personnes s'occupant de nourrissons vulnérables. Par ailleurs, il est nécessaire d'anticiper une saturation des services de pédiatrie, urgences et réanimation dans un contexte de surcharge des services d'adultes.

Veuillez trouver ci-joint le texte de ce groupe de travail « Covid-19 et épidémies hivernales chez les enfants : prévenir et anticiper une saturation des structures de soins »¹.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pr Franck Chauvin
Président du HCSP

Monsieur le Pr Jérôme Salomon
Directeur général de la santé (DGS)
Ministère des solidarités et de la santé
14 avenue Duquesne
75007 Paris

¹ Membres du GT politique de santé globale de l'enfant qui ont rédigé le texte : Yannick Aujard, Commission spécialisée Système de santé Sécurité des Patients, Isabelle Claudet, pédiatre-praticien hospitalier, professeure de pédiatrie, chef de service-Urgences pédiatriques médicales, CHU Toulouse, Thierry Lang, Président du Groupe de Travail Permanent « Pour une politique globale et concertée de l'enfant »

Covid-19 et épidémies hivernales chez les enfants : prévenir et anticiper une saturation des structures de soins

INTRODUCTION

Les difficultés de gestion des lits dans les services de pédiatrie (urgences et hospitalisations), liées aux infections virales saisonnières, sont récurrentes en France de fin octobre à fin février ou début mars. La deuxième vague du COVID associée à la survenue, inéluctable, des épidémies automno-hivernales représentent une période à haut risque de mise en tension de l'offre de soins par la "cohabitation" des virus de la grippe, de la bronchiolite (VRS) et du SARS-Cov-2. Il est déjà établi que cette offre de soins est insuffisante en phase épidémique ce que traduit l'obligation de transférer chaque hiver, lorsque le système de soins sature en Ile de France, certains cas de bronchiolite parmi les plus graves en dehors de cette région². Le HCSP propose d'intégrer les informations sur les mesures de prévention du COVID à la prévention des infections virales respiratoires de l'enfant - dont le nourrisson - avec pour but de réduire le nombre de cas de formes sévères justifiant une hospitalisation et donc de maintenir une offre de soins suffisante. Les mesures de prévention contre la transmission des agents viraux transmis par voie respiratoire sont similaires à celles préconisées pour lutter contre le COVID. Ces mesures - qui ne devraient plus être ignorées de la population- sont efficaces pour réduire le nombre d'infections virales saisonnières mais elles n'ont pas fait l'objet jusqu'à présent d'une diffusion suffisante, en particulier médiatique.

1. Contexte

1.1. La situation du Covid chez les enfants

Si, dans sa première vague, l'épidémie actuelle a moins touché les enfants que les adultes, les enfants restent un réservoir de virus et leurs parents sont des vecteurs importants de contagion.

L'impact sur les hospitalisations en pédiatrie pendant la première vague du COVID a été peu important avec une double explication :

- Pendant le printemps et l'été, les épidémies liées aux virus respiratoires (VRS et adénovirus) étaient terminées ;
- Les enfants font peu de formes graves d'infection à COVID-19.

Mais la « deuxième vague » du COVID touche également les enfants et adolescents. Le 29 septembre, 7 enfants étaient en réanimation et 1311 avaient nécessité une hospitalisation depuis le 1er mars 2020³.

² https://www.liberation.fr/france/2019/12/05/la-rea-pediatrique-deborde-a-neck-buzyn-envoie-l-igas_1767559

³ Source : Santé Publique France

1.2. Epidémies hivernales de bronchiolite et virus respiratoire syncytial (VRS)

Les bronchiolites touchent toutes les classes d'âge mais les formes sévères concernent surtout les nourrissons. Elles sont majoritairement secondaires à une infection à virus respiratoire syncytial (VRS) mais d'autres virus, dont les adénovirus et le virus influenzae, peuvent être en cause. La contamination suit le même mode que celle du COVID : les virus sont transmis soit directement par les sécrétions pharyngées soit indirectement par les objets souillés et les mains. Les adultes sont le réservoir du virus, sous une forme pauci- symptomatique (pharyngite) soit asymptomatique. Enfin, Il n'existe pas de vaccin.

Quelle que soit leur gravité, chez le nourrisson de moins de 3 mois, une hospitalisation est impérative car dans les deux à trois premiers jours, les bronchiolites peuvent se compliquer d'apnées centrales sans relation avec l'importance de la pathologie pulmonaire.

Les infections à VRS surviennent chaque année par vague épidémique, selon une progression Nord/Sud et débutant les semaines 44/45 et se terminant les semaines 12-16. Le pic est observé lors de la deuxième quinzaine de décembre (figures 1 et 2)⁴. Le nombre de passages aux urgences pour bronchiolite est supérieur à 44.000 et 30% de ces enfants sont hospitalisés, soit pour surveillance ou prise en charge d'une détresse respiratoire soit en raison du risque d'apnées centrales chez le nourrisson de moins de 4 mois. Le nombre de consultations pour bronchiolites était de 46.000 en 2017, dont 38% suivies d'hospitalisation⁵.

Si cette infection touche tout le territoire national, sa prévalence est majorée par la densité de la population, l'usage des transports en commun et la pollution atmosphérique ; ces trois critères expliquent que l'Île de France soit la principale région touchée.

En l'absence de vaccin disponible -il n'existe qu'un anticorps monoclonal (Synagis®) réservé aux anciens grands prématurés- la prévention est focalisée sur le lavage des mains mais insuffisamment axée sur les masques. L'efficacité des mesures de prévention a été peu évaluée en France mais elle a été bien documentée par la réduction du nombre de cas de grippe et pathologies respiratoires virales lors de grèves des transports⁶.

La dynamique du VRS dans un contexte d'épidémie de Sars-Cov2 est mal connue, cette situation étant inédite en dehors de l'expérience australienne publiée en période de confinement pendant lequel la détection de VRS a chuté de 95%, les admissions de bronchiolites aux urgences de 86% et celles en réanimation de 89%⁷.

Il est logique de penser que les mesures barrière (port masque, SHA) auront une influence sur l'épidémie de VRS aussi, notamment en zone de regroupement/affluence de population ou des nourrissons seraient exposés (transports en commun, supermarchés, etc.). Mais s'agissant d'une épidémie affectant surtout des nourrissons et potentiellement grave chez les moins de 3 mois, cette population spécifique est surtout contaminée à la maison (parents, fratrie solarisée) où les mesures barrière ne s'appliquent plus (pas de masque) ou moins (lavage des mains), avec un pic durant les fêtes de fin d'année (regroupements familiaux).

1.3. La grippe

⁴ Source: Santé Publique France

⁵ Source : Santé Publique France

⁶ A Godzinski, M Suarez Castillo. Short-term health effects of public transport disruptions: air pollution and viral spread channels, Document de travail, Mai 2019 - epsilon.insee.fr

⁷ Britton PN et al. Lancet Septembre 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7500894/>

Les mesures de prévention s'appliquent également à la grippe, dont la transmission s'effectue par les gouttelettes respiratoires (toux, éternuement) et par contact avec des objets, des mains ou des surfaces contaminées.

Il existe en outre, à la différence des autres virus évoqués, un vaccin spécifique. Sept sociétés savantes appellent à la vaccination anti-grippale⁸. Cette mesure, compte-tenu du délai de production d'un vaccin antigrippal, entrainerait, à stock constant, un risque de perte de chance pour les groupes à risque définis par la HAS⁹.

En revanche, les recommandations actuelles de la HAS permettant de protéger les enfants les plus fragiles (moins de six mois, pathologies chroniques) ne sont pas bien suivies. Il en est de même pour la vaccination des femmes enceintes, qui permet de protéger les enfants de moins de six mois.

1.4. La situation et la saturation régulière des services d'urgences et de réanimation rendue plus critique par la Covid.

Le nombre de lits disponibles (réanimation / soins intensifs et pédiatrie générale) est insuffisant dans certaines régions -dont l'Île de France- ce qui implique de transférer, dans les 4 à 6 semaines de la phase aiguë de l'épidémie de bronchiolites, des nourrissons en particulier de Paris à Rouen, Amiens., ce malgré un plan de prévision (plan blanc), mais qui gère des ressources globalement insuffisantes en lits et en personnels. Le nombre de lits de réanimation est de 5432 pour les adultes et 310 pour les enfants¹⁰. Ces difficultés ont fait l'objet d'une exposition médiatique importante au cours de l'hiver 2019-2020.

La réflexion dans les différents plans blancs repose notamment sur l'aide des secteurs adultes et de réanimation sur l'accueil des grands enfants. Mais face à une épidémie qui s'inscrit dans la longue durée, affectant toutes les tranches d'âge, les secteurs adultes pourraient ne pas être en capacité d'accueillir des enfants.

Dans les services d'urgence, en salle d'attente, le risque de contamination croisée, d'exposition d'enfants fragiles mais aussi et surtout de parents et du personnel soignant (temps de contact, aérosolisation des bronchiolites-décompensation d'asthme) est élevé. Un absentéisme majoré du personnel soignant aggraverait la situation de tension des unités d'urgence et de pédiatrie, sites d'accueil, de prise en charge et d'hospitalisation. Lors des admissions hivernales d'enfants aux urgences, les symptômes respiratoires et la fièvre sont communs aux bronchiolites, aux gripes et à la Covid-19. Cette situation va poser des problèmes d'isolement jusqu'aux résultats d'éventuels prélèvements (notamment dans les salles d'attente, attente prolongée par l'attente de résultats virologiques). Les stratégies de tests diagnostiques et de dépistage ont fait l'objet d'un avis du HCSP en octobre 2020¹¹.

⁸ Association française de pédiatrie ambulatoire, Association Clinique et Thérapeutique du Val de Marne (Société Française de Pédiatrie) Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (Société Française de Pédiatrie) Groupe de pédiatrie tropicale (Société Française de Pédiatrie) Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (Société Française de Pédiatrie) Groupe de pédiatrie générale (Société Française de Pédiatrie) Groupe francophone de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique (Société Française de Pédiatrie). https://gpg.sfpediatrie.com/sites/sfpe.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2020-coronavirus_lettre_ouverte_rentree_scolaire_def.pdf

⁹ Avis n°2020.0034/AC/SEESP du 20 mai 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au maintien de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2020/2021 dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 en France. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186689/en/avis-n2020-0034/ac/seesp-du-20-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-maintien-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-2020/2021-dans-le-contexte-de-l-epidemie-de-covid-19-en-france

¹⁰ Source : DREES

¹¹ HCSP. Avis relatif à la préparation des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2 17 septembre 2020

2. Recommandations

Pour limiter le risque de saturation des services de soins et de réanimation face à la conjonction de ces trois épidémies, il est nécessaire de l'anticiper, notamment grâce à une active démarche de prévention.

L'une d'entre elles consiste à réduire l'impact d'une épidémie de bronchiolites cet automne et hiver. La sensibilisation aux infections à VRS, leurs conséquences et leur possibilité de prévention a été très intermittente et insuffisante, contrastant avec la campagne de prévention actuelle vis-à-vis du COVID. Or la régularité de la récurrence de ces épidémies devrait permettre des actions de prévention efficaces en amont afin de réduire la surcharge aigue de consultations en médecine libérale et aux urgences hospitalières, aboutissant à des situations parfois ingérables en terme d'hospitalisation.

Le rappel des recommandations actuelles et leur intérêt pour protéger les nourrissons et les enfants est aussi un moyen de limiter les formes graves chez les enfants les plus fragiles.

A moyen terme, relancer la réflexion sur la vaccination antigrippale des enfants concerne l'automne 2021.

Le HCSP recommande à court terme :

Recommandation 1 : Lancer le plus rapidement possible une campagne portant sur :

- Les risques des infections virales saisonnières et de la grippe qui se cumulent avec ceux du COVID ;
- Le bénéfice du lavage des mains à la fois dans les familles à risque (nourrisson) mais aussi pour la population générale (porteurs adultes ± sains) comme cela est indiqué dans la brochure diffusée par SPF ;
- Une information ciblée sur le bénéfice du masque au minimum dans les familles à risque et les communautés de très jeunes enfants (crèches, pouponnière, foyer de l'enfance, etc.). L'utilisation de masques adaptés (transparents) est conseillée lorsque cela est possible ;
- Le développement de campagne de prévention commune au virus de la Covid et au VRS pour renforcer la prévention chez les enfants.

Cette campagne d'information sur les infections virales saisonnière et la grippe devra s'intégrer à celle sur le COVID sans en dénaturer les messages. L'argument principal est que les mesures de prévention sont identiques à celles du COVID mais qu'elles sont ciblées sur la population à risque que sont les jeunes enfants et en particulier les nourrissons et leurs familles.

Recommandation 2 : Lancer une campagne d'information auprès des professionnels de santé et du grand public sur l'intérêt de la vaccination antigrippale dans les groupes cibles (femmes enceintes ; professionnel de santé en charge d'enfants de moins de six mois ; entourage des enfants porteurs de maladies chroniques sévères listés dans l'avis de la HAS.

Recommandation 3 : Intégrer la possibilité d'une vague épidémique cumulant bronchiolites et grippe dans un contexte de saturation des services d'adultes par le Covid dans les plans hospitaliers de préparation d'une saturation potentielle des services d'urgence et de réanimation.

Durant la phase la plus saturée de la Covid-19, la capacité d'accueil en réanimation d'adultes est passée d'environ 5000 à 14.000 lits. En ce qui concerne les capacités de réanimation pédiatrique, les possibilités d'augmenter le nombre de lits opérationnels sont plus limités. Les services de réanimation d'adulte sont susceptibles d'accueillir de grands enfants. Cette possibilité ne serait plus ouverte en cas de saturation des unités d'adultes. L'extension du nombre de lits de réanimation pédiatrique serait limitée du fait des

effectifs de personnel formé aux soins pédiatriques. Ce travail devrait concerner les risques d'épidémie, mais aussi d'autres événements catastrophiques impliquant des enfants.

Pour se préparer à une situation de circulation prolongée du Sars-Cov2

Recommandation 4 : Pour se préparer à l'automne 2021, réfléchir à l'opportunité de modifier la liste des groupes cibles de la vaccination anti-grippale pour y inclure les enfants de plus de six mois.

Annexe : Figures 1 et 2. Bronchiolites. Passage aux urgences et en consultations (BEH)

Proportion des passages aux urgences (OSCOUR®) et des consultations (SOS Médecins) pour bronchiolite parmi les passages ou les consultations toutes causes codées chez les enfants de moins de 2 ans ; proportion de prélèvements hospitaliers (Réseau national de laboratoires hospitaliers et Centre national de référence des virus *influenzae*) et de prélèvements en médecine ambulatoire (Réseau Sentinelles) positifs pour le virus respiratoire syncytial (VRS), France métropolitaine, semaines 41-2014 à 11-2017

