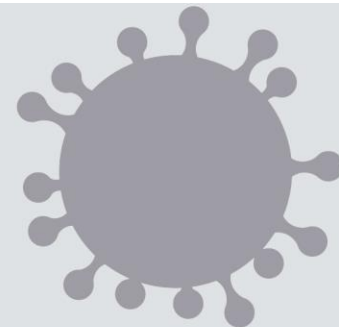


Coronavirus (COVID-19)



Orientations intérimaires du directeur national de la santé publique au sujet des considérations médicales pour le retour des enfants présentant des maladies chroniques en milieu scolaire primaire et en milieu de garde au Québec en période de COVID-19

Version 11 mai 2020

TABLE DES MATIÈRES

Introduction..... 1

Méthodologie 1

Analyse des données probantes disponibles actuellement2

Constats4

Recommandations.....4

Membres du comité d’experts ayant contribué aux recommandations 12

INTRODUCTION

Les décisions de réouverture des milieux de garde et scolaire en contexte de pandémie de COVID-19 dans certaines régions du Québec laissent une latitude parentale dans le choix de la fréquentation scolaire. Ainsi, plusieurs questionnements ont émergé de la part des parents, des milieux éducatifs à l'enfance, des intervenants de santé publique ou des professionnels de santé qui offrent des soins aux enfants d'âge scolaire primaire ou préscolaire au sujet des enfants et des parents présentant des maladies chroniques. De plus, le besoin d'un appui scientifique permettant aux médecins une prise de décision éclairée pour leurs patients a été exprimé par plusieurs partenaires.

Le présent document vise à guider les pratiques des professionnels de la santé qui doivent identifier les conditions de santé associées à un plus grand risque chez les enfants et conseiller les parents de manière intérimaire durant la période immédiate de réouverture des écoles et des milieux de garde au printemps 2020. La situation devra être réévaluée avant la rentrée scolaire de septembre prochain pour les écoles ou plus tôt pour les milieux de garde, en fonction de l'évolution de la pandémie, des connaissances scientifiques et de l'organisation de la reprise des services éducatifs à l'enfance et des milieux scolaires.

MÉTHODOLOGIE

Les échanges et discussions du groupe d'experts se sont basés sur leurs diverses expertises touchant la santé des enfants, en plus de la révision de la littérature la plus récente, incluant, mais ne limitant pas, la littérature suivante :

- Revue rapide de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en date du 24 avril 2020 sur les symptômes et traitements en pédiatrie: <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19INESSSViseetherapeutiquepediatrie.pdf>
- Revue de l'INESSS sur l'immunosuppression : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19Immunosuppression.pdf>
- Veille scientifique de l'INSPQ;
- Données de surveillance épidémiologiques québécoises (fichier V10);

- Revue de la Société canadienne de pédiatrie : <https://www.cps.ca/en/documents/position/update-on-covid-19-epidemiology-and-impact-on-medical-care-in-children-april-2020>
- Positionnements d'associations de spécialités québécoises;
- Recommandations des pédiatres spécialisés en cardiologie : <https://en-coeur.org/wp-content/uploads/2020/05/Recommandations-retour-à-lecole-Qc.pdf>
- Consultation de pairs en pédiatrie, médecine familiale, santé publique et épidémiologie. Une rencontre s'est tenue le 6 mai 2020 avec un groupe d'experts sur les maladies de l'enfance afin de produire les présentes recommandations (liste à la fin du document).

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES DISPONIBLES ACTUELLEMENT

Peu d'information est disponible présentement sur la COVID-19 en pédiatrie, encore moins sur les cas nécessitant des hospitalisations ou des soins critiques. À partir des données actuellement disponibles, les enfants atteints de la maladie semblent plus souvent asymptomatiques que les adultes. Les symptômes retrouvés sont principalement la fièvre, une toux sèche et la fatigue. Certains enfants présentent des symptômes gastro-intestinaux, notamment des malaises abdominaux, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales et de la diarrhée, un écoulement nasal ou un mal de gorge. La majorité des cas répertoriés présentent des manifestations cliniques légères et ont généralement un bon pronostic. Toutefois certains cas sévères sont aussi rapportés dans la littérature, parfois chez des enfants avec des maladies chroniques sous-jacentes. Les enfants de moins de 12 mois pourraient présenter une atteinte plus sévère, mais le nombre de cas rapportés reste très petit. Les décès rapportés chez les enfants sont très rares jusqu'à présent.

Le faible nombre de cas diagnostiqués de COVID-19 chez les enfants amène à penser que les enfants sont peu atteints par la maladie, mais reflète probablement un biais de sélection, car comme ils sont moins symptomatiques et plus souvent asymptomatiques, la probabilité qu'ils soient testés est plus faible. Ainsi, le sous-diagnostic chez les enfants pourrait contribuer à la transmission dans la communauté, s'il s'avère que leur capacité à transmettre le virus lorsqu'asymptomatique est bonne; ce qui est suggéré par la charge virale qui semble similaire chez les enfants comme les adultes, asymptomatiques comme symptomatiques. Aussi, le faible nombre d'infections pourrait refléter une exposition plus faible à la maladie jusqu'à présent, en raison de la fermeture des milieux de garde et des écoles. Il est aussi possible que les familles ayant des enfants avec maladies sous-jacentes sérieuses les aient protégés de manière

particulière. La rareté de certaines maladies chroniques pédiatriques peut rendre aussi difficile l'identification de risque particulier à certaines maladies.

Plus de 188 pays ont fermé précocement des écoles et implanté diverses mesures interdisant les rassemblements, y compris d'enfants, depuis le début 2020. Les études de séroprévalence préliminaires publiées jusqu'à présent tendent à rapporter un pourcentage de positivité plutôt faible, même chez les moins de 20 ans (< 10 %). En Amérique du Nord, les États et provinces ou territoires n'ont pas encore rouvert les écoles, mais certains pays européens et asiatiques commencent à le faire, souvent avec des mesures de prévention des infections importantes. Des incertitudes sont encore présentes quant au rôle des enfants, des garderies et des écoles dans la transmission de la maladie. Plusieurs mesures de prévention des infections sont d'ailleurs recommandées au Québec pour la réouverture des milieux de garde et scolaires primaires.

Données épidémiologiques au Québec

Des données épidémiologiques préliminaires au Québec ont été extraites du fichier V10 pour les moins de 20 ans, analysées et discutées dans le cadre des travaux. Dans l'ensemble, les résultats sont en cohérence avec les données rapportées par d'autres juridictions et sont rassurants, c'est-à-dire : taux de cas plus faibles, peu d'hospitalisations (comparativement aux autres groupes d'âge) et aucun décès rapporté en date du 11 mai chez les moins de 20 ans. Certains des résultats sont à interpréter avec prudence, car les tests de COVID-19 ont pu être faits de routine en cours d'hospitalisation due à un autre diagnostic, donc n'étaient pas toujours la cause de l'hospitalisation ou ne contribuaient pas nécessairement à l'évolution clinique de manière significative. Des analyses épidémiologiques plus précises pour la pédiatrie pourront être disponibles ultérieurement dans le cadre des travaux de surveillance.

Maladie de Kawasaki

La détection de phénomènes inflammatoires s'apparentant à la maladie de Kawasaki et qui pourraient être liés à la COVID-19 chez des enfants pris en charge dans certains pays européens et aux États-Unis est présentement en investigation. Peu d'information est disponible à l'heure actuelle sur ce phénomène. Une étude de cas témoin est en cours au Canada avec la participation de milieux de soins pédiatriques du Québec. Dans les cas rapportés jusqu'à présent, les enfants ne semblaient pas présenter de maladies chroniques sous-jacentes, comme c'est habituellement le cas pour cette maladie. Le lien de causalité avec l'infection à la COVID-19 est en cours d'évaluation.

CONSTATS

Les données qui permettent d'évaluer le risque de présentation sévère de la COVID-19 associée à la présence d'une maladie chronique sous-jacente sont très limitées. L'information sur ces facteurs est souvent manquante des analyses disponibles et provient au mieux de séries de cas. Des études avec des devis plus robustes restent nécessaires afin de bien quantifier le risque réel auquel les enfants vivant avec une maladie chronique sont exposés. Malgré tout, au sein des articles scientifiques révisés et des recommandations d'experts publiés, on retrouve comme maladies nécessitant de s'y attarder, celles respiratoires, incluant l'asthme (mais la sévérité n'est souvent pas mentionnée, une section sur l'asthme suit), les maladies cardiaques, l'immunodépression (néoplasies ou secondaire à des traitements), le diabète, les maladies rénales (surtout l'insuffisance rénale stade avancé avec dialyse) et les maladies métaboliques héréditaires. Certains organismes indiquent seulement que les enfants avec maladies chroniques, sans précision, peuvent être plus à risque de développer une COVID-19 plus sévère.

Les professionnels de la santé entourant l'enfant doivent guider les familles concernant le retour sécuritaire à l'école ou dans le milieu de garde des enfants, surtout ceux pouvant présenter des risques accrus entourant la COVID-19, au meilleur de leurs connaissances, en se référant aux balises et recommandations de la santé publique, tout en respectant leurs devoirs et obligations professionnels. Ils doivent se rappeler que ces recommandations peuvent évoluer dans le temps et donc être à l'affût des nouvelles recommandations. Pour l'instant, il existe peu d'évidence pouvant guider les professionnels à identifier une patientèle particulièrement à risque de contracter la COVID-19 et de présenter des risques accrus l'entourant. Des principes de précautions apparaissent cependant adéquats dans certaines circonstances.

RECOMMANDATIONS

Les présentes recommandations sont intérimaires et devront être revues périodiquement à la lumière des informations évolutives sur la COVID-19 en pédiatrie, incluant l'expérience à venir de la réouverture des milieux de garde et scolaire.

Étant donné le portrait épidémiologique généralement rassurant et favorable de la COVID-19 en pédiatrie, ainsi que les nombreux et importants bienfaits de la fréquentation des milieux éducatifs à l'enfance et de l'école pour les enfants, notamment pour leur santé, la majorité des enfants présentant des maladies sous-jacentes devraient être en mesure de réintégrer ces milieux. L'Association des pédiatres du Québec et d'autres organisations se sont positionnées favorablement en ce sens.

Certains enfants pourraient être plus à risque de complications liées à l'exposition au SARS-CoV-2 et bénéficieraient d'un retour retardé ou d'un report réévaluable de leur

présence en milieu de garde ou scolaire pour des motifs médicaux. Afin d'appuyer les intervenants, professionnels et parents ayant la responsabilité de ces jeunes, la liste de conditions qui apparaissent actuellement plus à risque d'une présence en classe ou en milieu de garde dans le contexte de la COVID-19 est proposée dans la section suivante. Certaines autres maladies chroniques ou situations sont également abordées en prévision de questions fréquentes à leur sujet.

Il demeure important que le médecin traitant ou tout autre professionnel de la santé impliqué dans la décision évalue chaque situation individuellement en considérant l'ensemble des facteurs pertinents.

Patients avec atteinte multisystémique ou problématiques de pédiatrie complexes

Une évaluation doit être faite par l'équipe responsable en fonction de la situation unique de chacun. Il apparaît raisonnable, chez certains enfants atteints de problèmes médicaux multisystémiques complexes et présentant une fragilité médicale, de retarder l'entrée scolaire ou en milieu de garde, peu importe le système affecté par la ou les maladies sous-jacentes.

Parmi les enfants atteints de problèmes médicaux multisystémiques complexes, avec ou sans dépendance technologique, plusieurs présentent une fragilité face à des infections virales habituelles (ex. : rhume banal, influenza, virus respiratoire syncytial). On peut penser qu'un enfant qui, **à la suite d'une infection virale ordinaire**, a dû être hospitalisé de façon prolongée (par exemple plus de 10 jours) au cours de la dernière année en raison d'une fragilité induite par sa condition médicale, ou un enfant qui, **à la suite d'une infection virale ordinaire**, a séjourné aux soins intensifs au cours des 24 derniers mois en raison d'une fragilité induite par une condition médicale complexe sous-jacente a probablement plus de risque qu'un autre enfant de développer une complication lors d'une infection à la COVID-19, au même titre que n'importe quel autre virus.

Maladies respiratoires

Les situations suivantes devraient faire l'objet d'un report du retour en milieu éducatif, ou à tout le moins d'une évaluation par le médecin traitant avant de considérer un retour :

- Maladie pulmonaire chronique non contrôlée, incluant l'asthme non contrôlé (voir sous-section qui suit);
- Besoin d'oxygénothérapie à domicile;

- Nécessité de ventilation non invasive à domicile (BiPAP/ CPAP/Optiflow)¹;
- Enfant porteur de trachéostomie.

Asthme

Les enfants dont l'asthme est bien contrôlé, idéalement depuis au moins 3 mois pendant lesquels ils étaient exposés aux déclencheurs habituels, peuvent retourner en milieu éducatif en poursuivant le plan d'action incluant le traitement quotidien régulier prescrit à l'enfant sans interruption (y compris pendant l'été). Ceci inclut les enfants qui reçoivent un corticostéroïde inhalé, un anti-leukotriène, ou un traitement immunomodulateur en injection (Xolair^{MC} ou autre) pour leur asthme. Sinon, les mesures pour une reprise du contrôle sont recommandées incluant l'adhérence au médicament de contrôle (idéalement pris devant les parents), l'utilisation d'une bonne technique d'inhalation, et la mise en place des mesures environnementales pour réduire l'exposition aux irritants et aux allergènes auxquels l'enfant est allergique.

Les parents devraient contacter le médecin traitant de l'enfant asthmatique avant de le retourner en milieu éducatif dans certaines situations précises :

- enfant hospitalisé aux soins intensifs pour une crise d'asthme dans la dernière année;
- mauvais contrôle de l'asthme selon les critères du consensus canadien sur l'asthme dans les trois derniers mois où l'enfant était exposé aux facteurs déclenchants (exacerbations ayant nécessité des consultations médicales urgentes ou prise de corticostéroïdes systémiques : « cortisone » en sirop, comprimés ou injection);
- incapacité de reprendre le contrôle de l'asthme malgré une bonne observance du plan d'action thérapeutique.

Maladies cardiaques

Les situations suivantes devraient faire l'objet d'un report du retour en milieu éducatif, ou à tout le moins d'une évaluation par le médecin traitant avant de considérer un retour :

¹ Particulièrement en présence de facteurs aggravants tels que déformation thoracique chez un enfant atteint du syndrome de Morquio, ou âgé de moins de 3 ans. D'autres utilisations du CPAP, par exemple pour enfant avec obésité, ne présentent pas de risque particulièrement accru et ne seraient pas une contre-indication au retour scolaire. Ces situations mériteraient une évaluation par l'équipe traitante.

- Dysfonction cardiaque systolique et/ou diastolique avec médication;
- Ventricule unique pallié ou non (Fontan);
- Cyanose;
- Hypertension pulmonaire;
- Transplantés cardiaques;
- Lésions résiduelles et lésions non réparées hémodynamiquement significatives symptomatiques ;
- Kawasaki avec anévrismes géants, sténoses coronariennes ou statuts postintervention coronarienne;
- Arythmie mal contrôlée multimédicamenteuse;
- Patient sur liste semi-urgente ou urgente d'attente pour chirurgie cardiaque et/ou cathétérisme interventionnel;
- Si atteinte d'autres organes ou systèmes en plus du cœur, évaluation par le médecin responsable.

Immunodépression

Oncologie pédiatrique

Le comité national de cancérologie pédiatrique a proposé les recommandations suivantes en date du 30 avril :

- « **Patients en traitements actifs pour lesquels il n'était pas recommandé de fréquenter l'école avant la période de pandémie.** Le comité recommande que ces patients ainsi que leur fratrie ne fréquentent pas l'école pour la fin de l'année scolaire 2019-2020. Il est aussi fortement encouragé que les parents de ces enfants puissent faire du télétravail durant cette période. Si cela n'est pas possible, les mesures mises en place par l'employeur du parent devront respecter en tout point l'ensemble des recommandations de la direction de la santé publique.
- **Les patients sous traitement de radiothérapie.** Étant donné l'environnement de soins particuliers des patients sous traitement de radiothérapie et les risques liés à la contamination de cet environnement pour la clientèle et les intervenants, le comité recommande que les patients en cours de traitement de radiothérapie ainsi que leur

fratrie ne fréquentent pas l'école d'ici la fin de l'année scolaire 2019-2020. Il est aussi fortement encouragé que les parents de ces enfants puissent faire du télétravail durant cette période. Si cela n'est pas possible, les mesures mises en place par l'employeur du parent devront respecter en tout point l'ensemble des recommandations de la direction de la santé publique.

- **Patients en traitement ou en suivi qui fréquentaient l'école avant la période de pandémie.** Les données médicales actuelles concernant une infection à la COVID-19 chez la clientèle pédiatrique ne permettent pas d'affirmer que cette clientèle est plus à risque de complications liées à la COVID-19. Il n'est donc pas contre-indiqué pour cette clientèle de fréquenter l'école pour la fin de l'année scolaire 2019-2020. Toutefois, le ministère de l'Éducation du Québec n'oblige pas les élèves à faire un retour en classe pour cette période et favorisera les processus de scolarisation virtuelle. Le choix de maintenir l'école à la maison demeure donc celui des parents pour cette catégorie de patients ainsi que pour leur fratrie. »

Greffés hématopoïétiques ou d'organes solides

Les enfants dans les situations suivantes devraient faire l'objet d'un report du retour en milieu éducatif :

- Personne en attente de greffe
- Personne greffée d'un organe solide, selon l'une des conditions suivantes :
 - La greffe a eu lieu il y a moins d'un an;
 - Il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois;
 - Le régime d'immunosuppresseurs a été augmenté dans les 6 derniers mois.
- Personne greffée de cellules souches hématopoïétiques (greffe de moelle osseuse, cordon...) selon l'une des conditions suivantes :
 - Dans les 12 mois suivant la greffe;
 - Pendant le traitement immunosuppresseur;
 - Ou en présence d'une réaction du greffon contre l'hôte (GVHD) active.

Autres conditions

Le retour en milieu éducatif des enfants dans les situations suivantes devrait faire l'objet d'un report, ou à tout le moins d'une évaluation par le médecin traitant avant de considérer un retour :

- Personne qui reçoit de hautes doses de corticostéroïdes, lorsque :
 - Le traitement est administré par voie systémique (orale ou intraveineuse);
 - Le traitement est administré pour une période de 2 semaines ou plus;
 - La dose est plus élevée que 2 mg/kg/jour ou 20 mg de prednisone par jour, ou son équivalent (ne s'applique pas aux corticoïdes inhalés).
- Personne qui présente une maladie auto-immune et reçoit un traitement immunosuppresseur de forte intensité, soit :
 - En début de traitement;
 - En présence d'un traitement qui associe deux immunosuppresseurs;
 - En présence d'un traitement à l'azathioprine, aux dérivés de l'acide mycophénolique, à la cyclosporine ou au tacrolimus.
- Personne qui présente une immunodéficience primaire essentiellement de l'immunité cellulaire.
- Personne avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm³ ou qui présente des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.

D'autres situations d'immunomodulation peuvent présenter un risque méritant une évaluation, par exemple l'association d'au moins deux immunomodulateurs.

Maladies rénales

De manière générale, les enfants avec une maladie rénale importante nécessitant une dialyse peuvent réintégrer leur milieu éducatif. Toutefois, cette décision pourrait être modulée si situation particulière en attente d'une greffe rénale.

Maladies ou erreurs innées du métabolisme

En fonction du diagnostic spécifique, le retour en milieu éducatif serait à reporter en présence de risque de décompensation métabolique sévère lors d'infection virale. Pour plusieurs enfants sous traitement pour ce type de condition ayant une vie normale, une consultation auprès du généticien traitant pourrait être indiquée selon la situation.

Troubles neuro-développementaux (déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention), comportementaux ou de santé mentale

Un retour à l'école sera bénéfique pour nombre de ces enfants qui bénéficieront de l'accompagnement des éducateurs et des thérapeutes qui veillent à les encadrer à l'école et dans les services de garde. Il est possible, chez certains de ces enfants, que l'adhérence aux mesures de prévention des infections (par exemple la distanciation physique ou les mesures d'hygiène) soit difficile, ce qui les exposerait davantage à un risque de contracter le virus. Malgré les défis que pourrait présenter pour certaines clientèles le respect des consignes de distanciation et mesures d'hygiène, il est improbable qu'un trouble du neuro-développement augmente le risque de complication liée à la COVID-19. Le retour à l'école devrait être considéré pour la plupart d'entre eux.

Parents et fratrie d'un enfant à risque de complications plus sévères de la COVID-19

Concernant le retour en classe des frères ou sœurs d'un enfant fragile, chaque situation est différente. Dans certains cas, il peut être plus sécuritaire d'attendre, tout en se rappelant que la fratrie fréquente déjà l'école l'automne et l'hiver, quand de nombreux virus circulent. Les cardiologues pédiatriques recommandent que la jeune fratrie (moins de 12 ans) des enfants avec pathologies mentionnées dans la section maladies cardiaques ne retourne pas dans leur milieu éducatif. De même, dans la section sur l'oncologie pédiatrique, il est recommandé de reporter la fréquentation scolaire de la fratrie dans certains cas (voir cette section).

La description d'une condition médicale au sein de cette liste, ou le jugement par le praticien d'une exclusion ou report de retour en milieu scolaire ou de garde pour des raisons médicales s'applique au patient évalué et ne mène pas automatiquement à l'exclusion des membres de la famille des milieux scolaires ou des lieux de travail. À l'heure actuelle, il n'y a pas de raison de favoriser l'exclusion de membres de la famille de leurs obligations sans raisons médicales les visant directement. Le parent est encouragé à suivre les recommandations de la santé publique concernant sa propre santé et tenir compte de l'organisation familiale et des discussions avec son employeur

dans ses décisions. Le médecin de l'enfant n'a cependant pas le mandat de statuer sur le retrait ou le retour au travail du parent de l'enfant.

Enfants de moins de 12 mois

Bien que beaucoup de parents utilisent entièrement le congé parental d'un an, certains enfants de moins de 12 mois fréquentent un milieu de garde. Le risque d'hospitalisation pour ce groupe d'âge semble un peu plus élevé à la suite d'une infection due à la COVID-19 que pour des enfants plus vieux. Ceci s'apparente au risque documenté chez les nourrissons pour plusieurs autres virus respiratoires fréquents, donc ils pourraient réintégrer leur milieu de garde habituel.

Considérations lors de la déclaration de cas ou d'écllosion en milieu de garde ou scolaire

Des recommandations d'interventions lors de cas ou d'écllosion de COVID-19 dans ces milieux sont disponibles pour les intervenants de santé publique. Les mêmes considérations médicales que celles pour la fréquentation scolaire ou du milieu de garde de façon générale sont recommandées en situation d'écllosion dans ces milieux.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS AYANT CONTRIBUÉ AUX RECOMMANDATIONS

Dr Richard Bélanger, CHU de Québec-Université Laval

Dre Isabelle Chevalier, CHU Sainte-Justine-Université de Montréal

Dr André Dontigny, MSSS

Dre Francine M. Ducharme, CHU Sainte-Justine-Université de Montréal

Dr Marc-André Dugas, CHU de Québec-Université Laval

Dre Marie-Ève Fontaine, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Dre Pauline Gref, Collège des médecins du Québec

Dre Alejandra Irace-Cima, INSPQ

Dr Marc Lebel, président de l'Association des pédiatres du Québec, CHU Sainte-Justine-Université de Montréal

Dr Stéphane Perron, INSPQ

Dre Caroline Quach-Thanh, CHU Sainte-Justine-Université de Montréal

Dre Nadine Sicard, MSSS

Dre Chantal Sauvageau, INSPQ

Contributions

Marilou Kiely, INSPQ

Sabrina Fortin, MSSS