

AVIS

Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE) pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 en phase 3 du déconfinement

10 juin 2020

Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) a été saisi le 9 juin 2020 par la Direction générale de la santé (DGS) afin de rédiger un avis révisant ses préconisations du 30 avril 2020 relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE) pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2.

Dans le cadre de l'évolution du niveau de circulation du virus et de la reprise progressive de l'activité en France, notamment en phase 3 du déconfinement, ce nouvel avis tient compte de la progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 au sein de la population pédiatrique, et actualise les recommandations sanitaires concernant les structures d'accueil de jeunes enfants.

En particulier le HCSP répond dans cet avis aux questions suivantes dans le secteur de la petite enfance :

- l'évolution de la limitation en groupe séparés de 10 pour l'accueil des jeunes enfants et la possibilité de prévoir un accueil par groupes de 15 ou de mettre fin à toute restriction du nombre d'enfants accueillis dans les établissements d'accueil du jeune enfant ;
- l'évolution des mesures sanitaires concernant le nettoyage et la désinfection, la gestion des déchets et des denrées alimentaires, notamment la nature des produits utilisés pour le ménage et les règles de stockage préventif des denrées alimentaires ;
- l'évolution des différentes mesures sanitaires concernant l'arrivée et le départ des enfants des structures d'accueil. En particulier, la possibilité pour les parents de pouvoir entrer dans l'espace d'accueil pourra être étudiée.

Afin de répondre à cette saisine (Annexe 1), le sous-groupe dédié aux questions relatives à l'Hygiène/environnement du groupe de travail « *grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes* », co-présidé par les Professeurs Christian Chidiac et Didier Lepelletier et composé d'experts du HCSP (Annexe 2), a été mobilisé en configuration réduite compte tenu du délai de réponse attendu, sans pouvoir organiser de conférence téléphonique ni d'auditions.

Éléments nouveaux conduisant à la révision de l'avis du 30 avril 2020 relatif à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2¹ :

➤ Des données rassurantes concernant l'impact de la pandémie Covid-19 chez les enfants :

1. La Covid-19 touche essentiellement les adultes, les formes les plus graves et les décès survenant quasi-exclusivement chez des sujets âgés et/ou présentant des comorbidités. Les enfants semblent relativement épargnés et les données disponibles concernant la Covid-19 en pédiatrie sont plutôt rassurantes [1, 2] ;
2. Les formes atypiques de syndrome de Kawasaki, groupées sous le nom de PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystemic syndrome) liées à la pandémie Covid-19 sont très limitées (incidence de l'ordre de 1/100 000) ainsi que les risques de décès ou de séquelles [3, 4] ;
3. Contrairement à ce qui est observé en présence de nombreux virus respiratoires comme la grippe ou le virus respiratoire syncytial (VRS), et contrairement à ce qui a été écrit sur cette base au début de l'épidémie, les enfants se sont révélés moins souvent porteurs du virus Sars-CoV-2 que les adultes et les données disponibles sur la contagiosité des plus jeunes lèvent de nombreuses inquiétudes [5-8] ;
4. Une étude menée auprès de 603 enfants en Île-de-France pendant le pic de la pandémie Covid-19 d'avril à mai 2020 corrélant des détections du virus par RT-PCR et des dosages sérologiques d'anticorps montre que très peu d'enfants sont PCR positifs (1,8 %) alors que 10 % présentent une sérologie positive. Elle suggère que les enfants seraient de très faibles agents contamineurs mais auraient plutôt été infectés par leurs proches en phase de confinement [9].
5. Enfin, une étude récente multicentrique basée sur le réseau ACTIV (Association Clinique et Thérapeutique du Val de Marne) et le GPIIP (Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique) a inclus, du 2/03 au 26/04/2020, 45 services de pédiatrie et d'urgences couvrant une grande partie des régions françaises [10]. Les recherches du SARS-CoV-2 ont été effectuées sur prélèvement naso-pharyngé par RT-PCR dans le laboratoire de virologie de chaque hôpital et les résultats collectés 2 fois par semaine. Durant la période d'étude, 52 588 tests PCR ont été pratiqués, 6 490 (12,3 %) chez des enfants et 46 098 (87,7 %) chez des adultes. Le taux cumulatif de tests positifs était de 5,9 % [intervalle de confiance 5,3-6,5, n=382] pour les enfants, 3,5 fois moins que pour les adultes, 20,3 % [intervalle de confiance à 95 % IC 19,9-20,6, n=9 346].

Du début de l'épidémie jusqu'au 15 mars, parmi 1 690 échantillons provenant d'enfants, seulement 53 étaient positifs, 3,1 % (IC 2,4-4,1) soit 4,5 fois moins que pour les adultes [13,8 % (IC 13,1-14,6), n=1 124/8 155]. Au pic national de l'épidémie, le 30 mars, sur 877 échantillons pédiatriques, 85 étaient positifs (9,7 % IC 7,9-11,8) soit un taux 2,8 fois plus bas que celui des adultes [27,2 %, IC 26,2-28,2, n=2 054/7 557]. Les semaines suivantes, une baisse rapide a été observée, le taux le plus bas étant constaté dans la semaine du 20 avril : sur 960 prélèvements réalisés chez des enfants, 33 étaient positifs (3,4 % IC 2,5-4,8), 2,2 fois moins que chez l'adulte [7,6% IC 7,0-8,2, n=514/6 791].

Dans la région parisienne particulièrement touchée par l'épidémie, le taux de prélèvements positifs chez l'enfant a atteint 14,3 % au pic. A son début, le taux de positivité des adultes était 7 fois supérieur à celui des enfants, et au pic et à la fin de l'épidémie seulement 3 fois supérieur. Une légère augmentation du rapport entre enfants et adultes à la fin de l'épidémie a pour explication possible l'apparition de syndromes de pseudo-Kawasaki 2 à 4 semaines après le pic épidémique. Même si la charge virale est comparable entre adultes et enfants, la différence des taux de positivité et la rareté des contaminations à l'école plaident pour un rôle modeste des enfants dans la dynamique de l'épidémie et pour une contagion dans le sens adultes enfants.

¹ Avis disponible avec le lien suivant : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=827>

Actualisation temporaire des recommandations du HCSP en phase 3 du déconfinement

Politique générale

- Un plan stratégique d'organisation des EAJE (emploi du temps, espacement et respect de la distance physique entre adultes et entre groupes d'enfants, nombre d'enfants par secteur, nettoyage/désinfection, respect des gestes barrières, hygiène des mains (HDM), repérage des enfants ou personnels symptomatiques, etc.) doit être révisé et adapté à cette phase 3 du déconfinement.
- L'établissement doit assurer une communication auprès des parents d'enfants et des personnels sur cette révision et adaptation des mesures.
- Les enfants et les personnels présentant des symptômes évoquant un Covid-19 doivent impérativement rester à leur domicile. La prise de température systématique des enfants asymptomatiques à domicile n'est plus recommandée (du fait de la faible circulation actuelle du SARS-CoV-2) sauf dans le cadre de l'apparition des signes cliniques à domicile.
- L'ensemble des enfants peut être accueilli en EAJE en suivant l'adaptation de ces recommandations en période de phase 3 du déconfinement.
- Les actions pédagogiques relatives aux mesures d'hygiène individuelle et collective doivent être poursuivies envers les personnels qui seront en charge de les appliquer ou de les transmettre aux enfants en fonction de leur âge et capacité à comprendre (ex. gestes barrières, HDM, comportement individuel, etc.).
- Les personnels en contact avec les enfants doivent maintenir les mesures barrières telles que l'HDM fréquente et le port de masque lorsque celui-ci est indiqué. Il s'agit d'un masque « grand public » pour l'ensemble des personnels, sauf pour ceux jugés à risques de formes graves de Covid-19 pour lesquels un masque à usage médical est recommandé :
 - le port du masque par les personnels trouve sa justification lors des moments de rencontre entre adultes (personnels et parents) ou lorsque la distance d'au moins 1 mètre entre adultes ne peut être respectée ou garantie. Il n'est pas recommandé en présence des enfants ;
 - les modalités pour le rangement sécurisé du masque (repli sans contacts extérieur/intérieur, pochette individuelle, accroche isolée...) doivent être précisées ;
 - il n'est pas recommandé de faire porter un masque aux enfants.
- L'EAJE doit s'assurer de disposer des fournitures adéquates (savon, serviettes en papier, produits hydro-alcooliques, mouchoirs en papier, lingettes désinfectantes, etc.) pour favoriser les pratiques d'hygiène et respecter les préconisations.
- Concernant la restauration, chaque EAJE doit définir une organisation permettant de prendre en compte le risque possible, même si faible actuellement, de transmission du virus SARS-CoV-2 en s'inspirant de l'avis du HCSP du 21 mai 2020 relatif aux mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration collective (hors restauration commerciale)² en prévision de sa réouverture dans le contexte de la pandémie Covid-19 et en l'adaptant aux EAJE. Par exemple, les groupes d'enfants en âge de déjeuner à table peuvent être placés à la même table sans distance physique entre eux. Une distance physique d'au moins 1 mètre doit rester la règle entre les tables des enfants de différents groupes ou sections.
- Concernant la gestion des déchets et des denrées alimentaires, les règles de stockage préventif des denrées alimentaires peuvent revenir à une organisation de routine.

Distance physique

- À l'entrée des EAJE, l'accompagnement des enfants doit être organisé afin d'inciter les accompagnateurs à respecter la distance physique entre eux et d'éviter les regroupements. Mais les parents, auxquels il est demandé de porter un masque grand public à l'entrée de

² Avis disponible avec le lien suivant : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=840>

l'EAJE, pourront désormais entrer dans les espaces d'accueil des établissements après avoir réalisé une HDM.

- Une distance physique d'au moins 1 mètre n'est plus recommandée entre les enfants d'un même secteur ou groupe en intérieur ou extérieur de l'EAJE. Cette évolution des recommandations permet le retour à l'accueil de tous les enfants. Néanmoins, il convient de veiller à ne pas mélanger les sections ou groupes entre eux.
- Ces nouvelles mesures de distanciation par section ou groupe d'enfants constitués (sans limite du nombre d'enfants par section ou groupe selon les capacités habituelles d'accueil) et non plus par individu peuvent être appliquées à toutes les activités en EAJE, que ce soit en intérieur ou extérieur au sein de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement (ex. promenades, etc.).

Hygiène des mains

- La vigilance des personnels doit être maintenue sur les règles actuelles et fréquences d'HDM : réaliser une HDM **après** toute manipulation d'un masque, **avant et après** avoir déjeuné, avoir réalisé un change d'un enfant, être allé ou avoir accompagné un enfant aux toilettes, **après** s'être mouché, avoir toussé ou éternué, **en entrant et en sortant** de l'établissement. Il n'est pas nécessaire de systématiquement réaliser une HDM après avoir manipulé ou partagé des objets ou dossiers au sein d'une même section ou groupe d'enfants ; en revanche, une HDM est recommandée si les objets ou les dossiers sont partagés entre des sections ou des groupes d'enfants différents.
- Il faut veiller à la mise à disposition de manière pérenne dans tous les EAJE de lavabos et de savon en nombre et quantité suffisants au-delà de la pandémie Covid-19.
- Pour les enfants en âge de la réaliser, l'HDM se réalise à l'eau et au savon pendant 30 secondes. Le séchage des mains après lavage se réalise avec une serviette propre ou à l'air libre. Les occasions d'HDM des mains pour les enfants sont les mêmes que pour les personnels, sauf pour le masque qui n'est pas indiqué.
- Les produits hydro-alcooliques sont d'utilisation complexe chez le jeune enfant. Il existe un risque d'ingestion accidentelle, voire volontaire. Il importe de prendre en considération ce risque dans l'organisation et de s'assurer que les enfants n'aient pas accès aux produits hydro-alcooliques.

Gestion de l'environnement d'un EAJE

➤ Aération et ventilation/climatisation :

- Maintenir une aération des espaces clos communs en dehors de la présence des enfants ou en présence de personnes portant un masque grand public. En l'absence de forte chaleur ou de vents violents, ouvrir les fenêtres extérieures pour augmenter la circulation de l'air dans les salles et autres locaux occupés pendant la journée (ex. entre 10 et 15 min le matin avant l'arrivée des enfants, au moment du déjeuner ou d'activités extérieures et le soir pendant le nettoyage des locaux).
- S'assurer du bon fonctionnement et de l'entretien de la ventilation mécanique contrôlée (VMC) ou du système de climatisation.
- Dans le cas de fortes chaleurs, il faut privilégier, si possible, l'aération, notamment nocturne des locaux et la protection des vitres. Des systèmes collectifs de brumisation peuvent être utilisés en extérieur. Le flux des ventilateurs, s'ils sont utilisés, ne doit pas être dirigé vers les personnes.

➤ Hygiène, nettoyage désinfection :

- Les protocoles de nettoyage peuvent revenir à une organisation de routine avec les produits habituels : réaliser un nettoyage au minimum quotidien des sols et des grandes surfaces. Le nettoyage désinfectant régulier des petites surfaces les plus fréquemment

touchées par les enfants et personnels dans les salles et autres espaces communs des EAJE reste recommandé au minimum une fois par jour (ou plus si visuellement souillées).

- Le nettoyage des objets (ex. jouets) et le lavage du linge peuvent revenir à des protocoles de routine, en les dédiant par secteur ou groupe d'enfants. Il est possible de créer une rotation des jouets durant 48 heures.
- Maintenir une attention particulière à l'hygiène des toilettes (pour les personnels et pour les enfants) en prévoyant un nettoyage désinfectant adéquat et fréquent, ainsi que la mise à disposition de savon, de serviettes à usage unique et une poubelle à vider régulièrement.

Recommandation pour la protection des personnels réalisant le nettoyage/désinfection des locaux.

- Porter des gants imperméables pour protéger les mains.
- Réaliser un lavage des mains et des avant-bras avec de l'eau et du savon lorsque les gants sont retirés.
- Après le nettoyage, les gants qui sont lavables doivent être soigneusement lavés avec de l'eau et du détergent, puis séchés ou encore jetés et remplacés par une nouvelle paire au besoin.
- Le lavage des mains doit être effectué avant et après le port de gants.
- Retirer les vêtements et le masque grand public et les laver une fois les opérations de nettoyage/désinfection complétées.

Surveillance de l'apparition d'un cas possible de Covid-19 dans l'EAJE

- Poursuivre le repérage des enfants présentant des symptômes respiratoires ou autre (fatigue, troubles digestifs) avec ou sans fièvre, en les distinguant des affections respiratoires chroniques actuelles (ex. asthme et rhinites allergiques, etc.).
- En cas de signes cliniques, mettre à l'écart l'enfant des autres élèves et du personnel, et prévenir ses parents.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres du Haut Conseil de la santé publique.

Validé le 10 juin 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique.

Références

1. Dong Y, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020; 145, 6: e20200702.
<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2020/03/16/peds.2020-0702.1.full.pdf>
2. Liu W, et al. Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China. Correspondence. *New Engl J Med*. 2020; 382:14
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2003717?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
3. Riphagen S, et al. Hyperinflammatory shock in children during Covid-19 pandemic. *Lancet*. 2020 May 23; 395(10237):1607-1608. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31094-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31094-1)
4. Verdoni L, et al. An Outbreak of Severe Kawasaki-like Disease at the Italian Epicentre of the SARS-CoV-2 Epidemic: An Observational Cohort Study. *Lancet*. 2020 Jun 6; 395(10239):1771-1778. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31103-X.
5. Zhu Y, et al. Children are unlikely to have been the primary source of household SARS-CoV-2 infections. *SSRN Journal* 2020. doi : 10.1101/2020.03.26.20044826
6. Munro A, Faust S. Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. *Arch Dis Child*. 2020 May 5; archdischild -2020-319474. doi: 10.1136/archdischild-2020-319474.
7. Gudbjartsson DF, et al. Spread of SARS-CoV- 2 in the Icelandic population. *N Engl J Med*. 2020. Doi: 10.1056/NEJMoA2006100
8. Danis K, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. *Clin Infect Dis*. 2020 Apr 11;ciaa424. doi: 10.1093/cid/ciaa424
9. Cohen R, et al. Assessment of spread of SARS-CoV-2 by RT-PCR and concomitant serology in children in a region heavily affected by COVID-19 pandemic. *Sous presse*.
10. Lévy C, et al. Changes in RT-PCR-positive SARS-CoV-2 rates in adults and children according to the epidemic stages. *medRxiv*. 2020; publication avancée en ligne le 21 mai. doi.org/10.1101/2020.05.18.20098863.

Annexe 1 – Saisine de la Direction générale de la santé

De : SALOMON, Jérôme (DGS)

Envoyé : mardi 9 juin 2020 14:36

À : CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP)

Objet : saisine officielle urgente du HCSP

Importance : Haute

Monsieur le Président, Cher Franck,

Dans le cadre de l'évolution du niveau de circulation du virus et de la reprise progressive de l'activité en France, notamment en phase 3 du déconfinement, nous souhaiterions solliciter votre avis sur la progression des connaissances sur les risques de transmission du virus SARS-CoV-2 au sein de la population pédiatrique, afin d'actualiser les recommandations sanitaires concernant les structures d'accueil d'enfants.

Par conséquent, en complément de votre avis du 30 avril relatif aux « Préconisations du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 » pourriez-vous formuler des préconisations sur les sujets suivants, afin de faire évoluer les recommandations :

Dans le secteur de la petite enfance :

- L'évolution de la limitation en groupe séparés de 10 pour l'accueil des jeunes enfants et la possibilité de prévoir un accueil par groupes de 15 ou de mettre fin à toute restriction du nombre d'enfants accueillis dans les établissements d'accueil du jeune enfant ;
- L'évolution des mesures sanitaires concernant le nettoyage et la désinfection, la gestion des déchets et des denrées alimentaires, notamment la nature des produits utilisés pour le ménage et les règles de stockage préventif des denrées alimentaires ;
- L'évolution des différentes mesures sanitaires concernant l'arrivée et le départ des enfants des structures d'accueil. En particulier, la possibilité pour les parents de pouvoir entrer dans l'espace d'accueil pourra être étudiée ;

Mes services se tiennent à votre disposition pour vous apporter tous les compléments que vous jugerez utiles.

Je souhaite recevoir vos préconisations pour le 10 juin 2020 après-midi. Un grand merci d'avance

Amitiés,
Jérôme

Professeur Jérôme SALOMON

Directeur général de la Santé. Directeur de crise

PARIS 07 SP, FRANCE

www.solidarites-sante.gouv.fr

Annexe 2

Composition du groupe d'experts ayant participé à l'élaboration de ces recommandations

Didier LEPELLETIER, vice-président de la CS 3SP du HCSP, vice-président du groupe de travail permanent Covid-19

Agathe BILLETTE DE VILLEMEUR, membre de la CS MC

Christian CHIDIAC, président de la CS MIME, président du groupe de travail permanent Covid-19

Fabien SQUINAZI, membre de la CS RE

Secrétariat Général du HCSP

Annette COLONNIER

Bernard FALIU

Le 10 juin 2020

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr