

Situation épidémiologique liée à la COVID-19 chez les 0-17 ans

► Points clés

- Dans la population des 0-17 ans, la circulation du SARS-CoV-2 est en diminution. En semaine 2022-S19, les taux d'incidence au sein des différentes classes d'âge étaient homogènes, et inférieurs à ceux observés chez les adultes.
- La couverture vaccinale est élevée chez les 12-17 ans (82,6 % avaient reçu leur primo-vaccination complète et 16,4 % un rappel, au 16 mai 2022) et encore basse chez les 5-9 ans et 10-11 ans (respectivement 2,6 % et 7,9 % avec une primo-vaccination complète, au 11 avril 2022).
- Le nombre d'hospitalisations pour COVID-19 est en baisse depuis la semaine 2022-S14, avec une tendance à la stabilisation depuis la semaine 2022-S17.
- Les données du réseau PICURE et de l'étude PANDOR ne mettent pas en évidence d'évolution de la gravité des cas hospitalisés. La part des enfants présentant des comorbidités parmi ceux admis dans les services de réanimation pour COVID-19 aigu, a été plus élevée au cours de la vague Omicron que de la vague Delta.
- Au 08/05/2022, et depuis le début de l'épidémie, 69 % des 1 028 cas de PIMS (syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique secondaire à la COVID-19), touchant surtout les enfants âgés de 3 à 11 ans, ont été hospitalisés en réanimation ou en unité de soins continus. 27 % des cas observés l'ont été pendant la 5^e vague, qui a débuté pour les PIMS en semaine 2021-S46.
- Après une diminution de près de six points entre le 14/02/2022 et 14/03/2022, la proportion de lits occupés en soins critiques de niveau 3 par des nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2 s'est stabilisée autour de 10 % depuis mi-mars 2022.

Les sources des données présentées sont détaillées à la fin de ce document.

► Taux d'incidence du SARS-CoV-2 chez les 0-17 ans

En semaine 19 (09 au 15 mai 2022), 1 274 964 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2, dont 184 414 (14 %) de moins de 18 ans. Un total de 222 228 nouveaux cas a été rapporté. Les 0-17 ans représentaient 16 % de l'ensemble de ces nouveaux cas observés dans la population générale (34 839 cas).

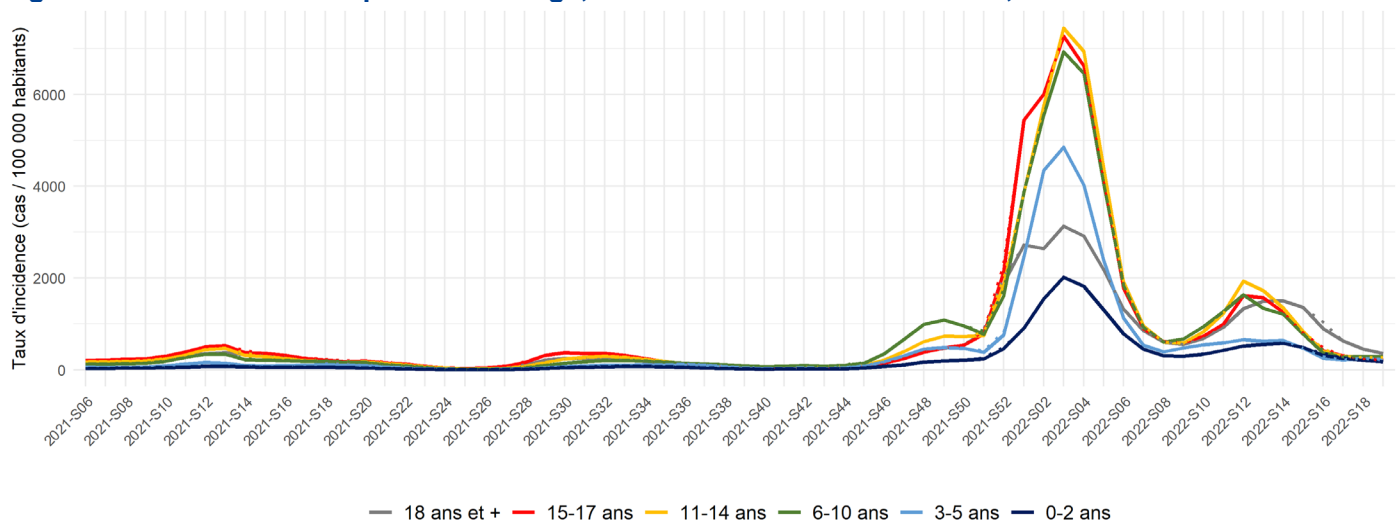
En semaine 2022-S12, le taux d'incidence variait du simple au triple selon les classes d'âge (minimum de 521 / 100 000 chez les 0-2 ans, maximum de 1 928 / 100 000 chez les 11-14 ans). L'évolution de la situation épidémiologique se caractérise depuis par une diminution de l'incidence et une homogénéisation entre les différentes classes d'âge. Le taux d'incidence était compris en semaine 2022-S19 entre 173 / 100 000 chez les 0-2 ans et 287 / 100 000 chez les 6-10 ans (Tableau 1, Figure 1). Ces taux d'incidence sont inférieurs à ceux observés chez les adultes.

Tableau 1. Taux d'incidence (pour 100 000 habitants) par semaine et classe d'âge, 2022-S08 – 2022-S19, France (données au 18/05/2022)

	S08	S09	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19
15-17 ans	613	584	731	995	1 615	1 575	1 257	803	486	301	242	210
11-14 ans	607	585	824	1 241	1 928	1 727	1 350	823	465	291	270	271
6-10 ans	607	673	939	1 268	1 632	1 340	1 211	772	420	275	290	287
3-5 ans	392	477	543	587	653	621	634	465	288	215	245	217
0-2 ans	308	293	342	420	521	551	577	485	365	252	214	173

Source : SIDEP. Exploitation : Santé publique France. Les valeurs sont corrigées pour les jours fériés. Le taux d'incidence des 18 ans et plus est disponible dans le [Point Épidémiologique](#)

Figure 1. Taux d'incidence par classe d'âge, semaines 2021-S06 à 2022-S19, France

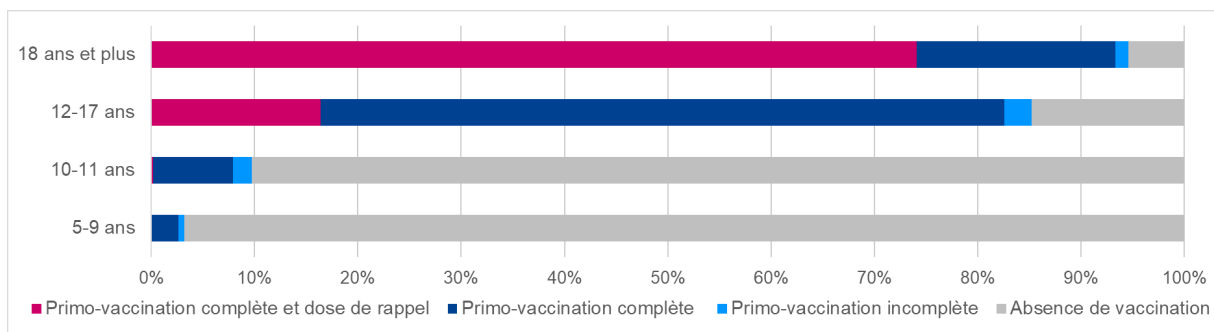


► Couverture vaccinale chez les 0-17 ans

Les adolescents de 12 à 17 ans peuvent être vaccinés contre la COVID-19 depuis le 15/06/2021 et recevoir une dose de rappel depuis le 24/01/2022. Au 16 mai 2022, 82,6 % avaient reçu une primo-vaccination complète et 16,4 % une dose de rappel.

Depuis le [22 décembre 2021](#), les parents qui le souhaitent peuvent faire vacciner leur(s) enfant(s) de 5 à 11 ans contre la COVID-19. Au 16 mai 2022, la couverture vaccinale des 5-11 ans reste très faible et n'évolue que très peu : seuls 2,6 % des 5-9 ans et 7,9 % des 10-11 ans avaient reçu une primo-vaccination complète (respectivement 2,5 % et 7,6 % au 11/04/2022) (Figure 1).

Figure 1. Couvertures vaccinales par classes d'âge, données au 16 mai 2022, France



Source : VACCIN COVID (CNAM). Exploitation : Santé publique France

► Hospitalisations en lien avec la COVID-19

La distinction entre les patients hospitalisés pour une prise en charge COVID-19 et ceux hospitalisés pour un autre motif mais porteurs du SARS-CoV-2 a été réalisée.

En avril 2022 et comme depuis janvier 2022, la part des patients porteurs du SARS-CoV-2 mais hospitalisés pour un autre motif que la COVID-19 était plus importante chez les enfants que chez les adultes dans les services de réanimation (Tableau 2). Une augmentation de cette part depuis début 2022 est observée chez les enfants comme chez les adultes, à l'exception des moins de 2 ans où les proportions semblent être stables. Ces proportions sont à interpréter avec précaution du fait des faibles effectifs.

Tableau 2. Proportion de patients porteurs du SARS-CoV-2 hospitalisés pour un autre motif en avril 2022, par classes d'âge et type d'hospitalisation (données au 17/05/2022)

	Moins de 1 an	1 an	2-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18 ans et +
Conventionnel	19 % (n=166)	27 % (n=45)	25 % (n=65)	38 % (n=122)	50 % (n=173)	37 % (n=12 190)
Soins critiques	32 % (n=33)	23 % (n=5)	35 % (n=9)	47 % (n=16)	50 % (n=20)	35 % (n=1 273)
Réanimations	50 % (n=16)	29 % (n=2)	52 % (n=7)	38 % (n=5)	56 % (n=14)	27 % (n=441)

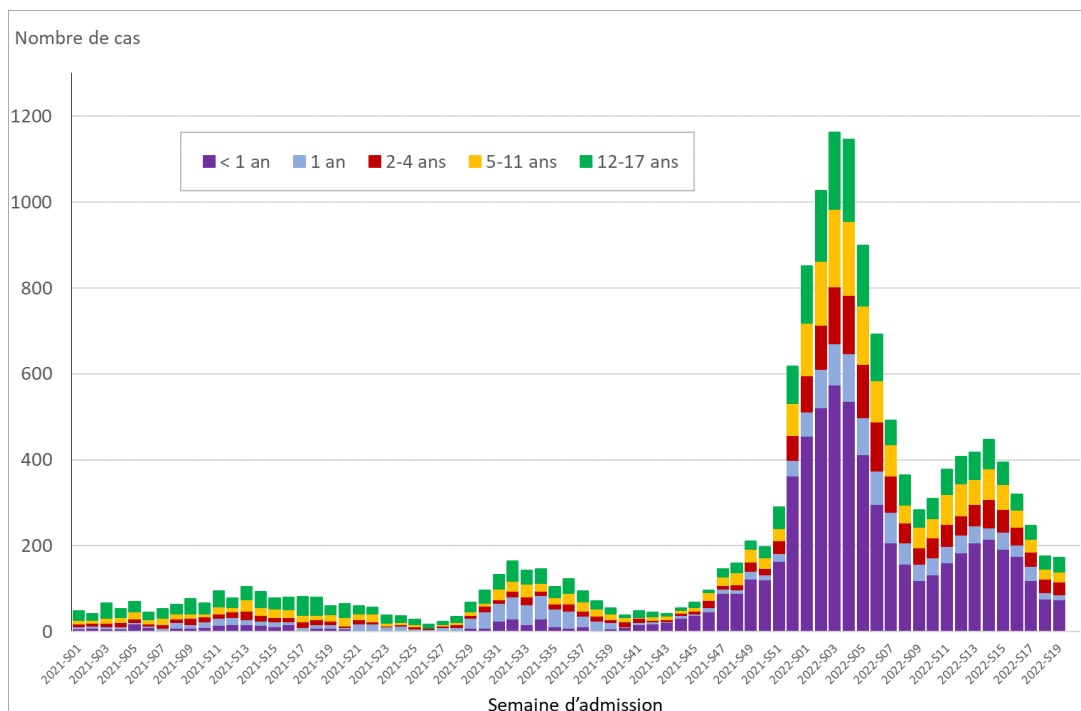
Source : SI-VIC. Exploitation : Santé publique France

Les données présentées ci-dessous concernent uniquement les hospitalisations pour COVID-19. Les patients porteurs du SARS-CoV-2 hospitalisés pour un autre motif ne sont donc pas comptabilisés.

Les figures suivantes représentent la distribution hebdomadaire par classe d'âge des cas pédiatriques, dans leur totalité (Figure 2) et en services de réanimation et unités de soins critiques (Figure 3). L'augmentation du nombre des cas, observée depuis novembre 2021, avait été surtout marquée dans la tranche d'âge des moins d'un an. Les enfants de cette tranche d'âge étaient très rarement hospitalisés pour COVID auparavant. Cette augmentation a été suivie d'une baisse des hospitalisations de la semaine 2022-S05 à la semaine 2022-S09. Un rebond a ensuite été observé pour atteindre un pic en

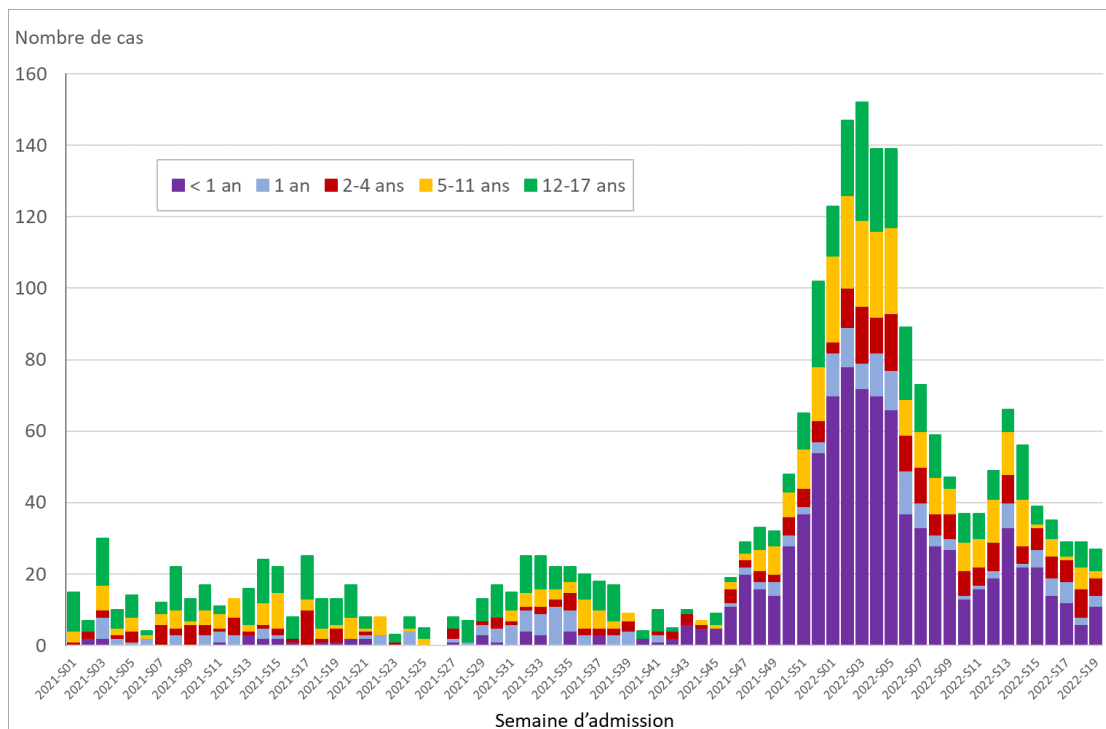
semaine 2022-S13 (Réas et USC) et 2022-S14 (toutes hospitalisations). Le nombre d'hospitalisations est depuis en baisse, avec une tendance à la stabilisation depuis la semaine 2022-S17.

Figure 2. Enfants nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en France du 01/01/2021 au 15/05/2022 (données au 17/05/2022)



Source : SI-VIC. Exploitation : Santé publique France

Figure 3. Enfants nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en service de réanimation et unités de soins critiques en France du 01/01/2021 au 15/05/2022 (données au 17/05/2022)



Source : SI-VIC. Exploitation : Santé publique France

La proportion des cas pédiatriques parmi l'ensemble des cas hospitalisés a fortement évolué depuis début 2021. Pendant les premiers mois de 2021, les enfants représentaient moins de 1 % des hospitalisations pour Covid-19. Cette proportion a ensuite augmenté à partir de la semaine 2021-S18, pour dépasser 4 % en semaine 2021-S25, est ensuite restée stable, entre 3 et 5 %, pendant toute la période de prédominance du variant Delta et a fortement augmenté quand le variant Omicron est devenu

prédominant, à partir de la semaine 2021-S52 (9,5 % en semaine 2022-S04). Les facteurs ayant pu avoir une influence sur cette augmentation du pourcentage d'enfants parmi les hospitalisés sont la montée en charge de la vaccination des adultes ayant conduit à une diminution du risque d'hospitalisation chez les adultes vaccinés, le fait que la circulation virale a été très importante dans les classes d'âge scolaire pendant la vague Omicron et que le nombre très important de contaminations a entraîné de nombreuses hospitalisations à visée de surveillance chez les nourrissons, alors que le taux d'hospitalisation baissait chez les adultes du fait de la moindre sévérité du variant.

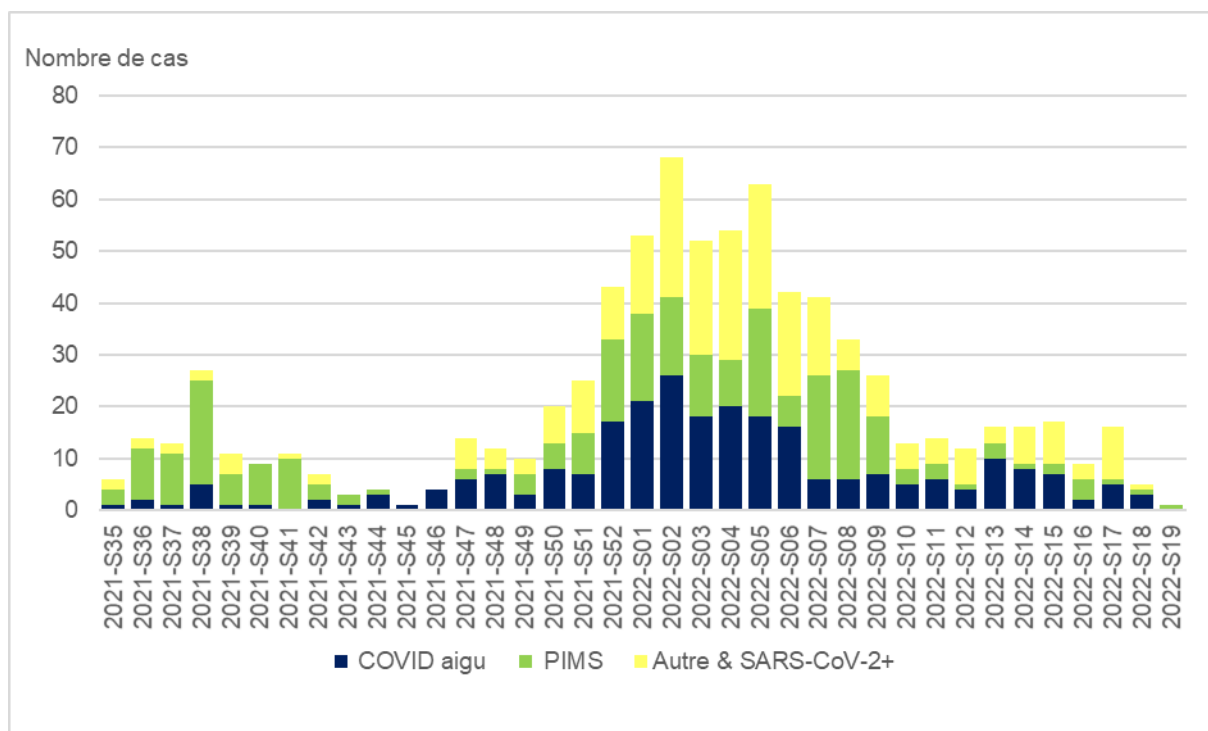
► Caractéristiques des cas pédiatriques hospitalisés

Ces données sont issues du réseau PICURE et de l'étude PANDOR. Cette surveillance a pour objectif d'identifier tout signal de gravité supplémentaire ou de nouvelles formes cliniques de l'infection, grâce à un recueil de données sur les caractéristiques des cas de COVID hospitalisés en réanimation ou en service de pédiatrie générale. Ces informations qualitatives sont complémentaires à celles recueillies via les autres systèmes de surveillance.

Les analyses des données du réseau PICURE ont été réalisées pour la période du 30 août 2021 au 15 mai 2022 (semaines 2021-S35 à 2022-S19). Sur cette période, parmi les cas pédiatriques hospitalisés en réanimation, ont été identifiés : 258 cas de COVID-19 aigu, 261 cas de PIMS et 266 cas hospitalisés pour une autre cause avec détection du SARS-CoV2 de façon fortuite. Après une nette augmentation du nombre des cas hospitalisés en réanimation de la semaine 2021-S52 jusqu'à la semaine 2022-02, puis un relatif plateau, le nombre d'admissions a diminué de la semaine 2022-S06 à la semaine 2022-S10 et s'est stabilisé depuis la semaine 2022-S11 (Figure 4).

À compter de décembre 2021 (semaine 2021-S48), l'information concernant le variant en cause a été collectée : il a pu être identifié pour 124 sur 402 cas avec PCR positive. Il s'agissait du variant Delta pour 21 cas jusqu'en semaine 2022-S12, et Omicron pour 103 cas dès la semaine 2021-S51. Pour le cas Delta en semaine 2022-S12, il s'agit des suites d'une contamination survenue en janvier. Le variant Omicron a été identifié une seule fois pour un cas de PIMS, en semaine 2022-S02 et le dernier Delta identifié dans un contexte de PIMS l'a été en semaine 2022-S01.

Figure 4. Distribution des hospitalisations en réanimation pédiatrique pour COVID-19 aigu, PIMS et pour autres motifs du 30/08/2021 au 15/05/2022 (données au 18/05/2022)



Source : réseau PICURE. Exploitation : Santé publique France

Dans le Tableau 3 sont détaillées les données concernant les 258 cas aigus de COVID-19 hospitalisés en service de réanimation pédiatrique au cours de la période d'étude. On constate des différences entre les périodes, en particulier entre le rebond épidémique lié à Omicron BA.2 et la période Delta : le pourcentage de cas ayant des comorbidités est nettement plus élevé pendant le rebond épidémique (84 vs 42 %) et le pourcentage de retours à domicile à J7 plus faible (6 vs 13 %).

Tableau 3. Description des cas de COVID-19 aigus pédiatriques hospitalisés en réanimation pédiatrique, par période, du 30/08/2021 au 15/05/2022 (données au 17/05/2022)

Période	Semaine	Cas	Avec comorbidités	12-17 ans	12-17 ans vaccinés	Retour domicile à J7	Nombre de décès
Delta	2021 -S35 à 2021-S51	53	22 (42 %)	4	0	7 (13 %)	5 (9 %)
Omicron BA.1	2021 -S52 à 2022-S08	155	91 (59 %)	21	6	19 (12 %)	6 (4 %)
Omicron BA.2	2022 -S09 à 2022-S19	50	42 (84 %)	12	8	3 (6 %)	5 (10 %)
Total		258	155 (60 %)	37	14	29 (11 %)	16 (6 %)

Source : réseau PICURE. Exploitation : Santé publique France

Les périodes sont nommées en fonction du variant majoritaire dans les enquêtes Flash

Pour ces 258 cas de COVID-19 aigus, il s'agissait de 122 filles et 136 garçons, âgés de 8 jours à 18 ans (âge médian : 8 mois). Cent cinquante-cinq enfants avaient au moins une comorbidité : maladie neurologique (53), maladie respiratoire (32), affection cardiaque (21), maladie congénitale (22), drépanocytose (13), déficit immunitaire (8), asthme (9), obésité (7) et diabète (3). Trente-sept enfants étaient âgés de plus de onze ans, dont onze d'entre eux étaient vaccinés avec deux doses et un avec trois doses. Parmi ces 12 enfants vaccinés, 10 présentaient au moins une comorbidité. Seize enfants sont décédés, dont neuf âgés de moins de cinq ans et trois de dix ans et plus. Onze enfants parmi ces 16 décès présentaient des comorbidités. Les données sur les décès avec un lien possible avec la COVID-19 sont détaillées plus loin dans ce document.

Les analyses des données de l'étude PANDOR ont porté sur la période du 30 août 2021 au 15 mai 2022 incluant 814 cas dont 637 cas de COVID-19 aigus (les PIMS et cas hospitalisés pour autre cause sont exclus de l'analyse qui suit). Ces 637 cas étaient répartis entre 280 filles et 349 garçons (8 cas non renseignés). Deux cent quatre-vingt cas (56 %) étaient âgés de moins d'un an, l'âge médian des cas était de 4 mois. Les caractéristiques principales de ces cas pendant les différentes périodes figurent dans le Tableau 4.

Trente-quatre enfants ont été transférés en réanimation ; 135 autres cas étaient pauci symptomatiques, et 157 enfants (25 %) souffraient d'au moins une comorbidité : drépanocytose (48), asthme (37), atteinte neurologique (25), maladie congénitale (25), déficit immunitaire (16), atteinte cardiaque (14), maladie respiratoire (17), obésité (8) et diabète (5). Sur les 37 enfants âgés de 12 ans et plus, seuls 6 étaient vaccinés avec 2 doses. Sur les 600 enfants pour lesquels la durée de séjour a pu être évaluée, seuls 47 (8 %) sont restés hospitalisés plus d'une semaine. 373 enfants (62 %) avait une durée d'hospitalisation < 3 jours, dont 255 nourrissons âgés de moins d'un an, soit 65 % de cette tranche d'âge (n= 373). Aucun décès n'est survenu.

Tableau 4. Distribution des cas de COVID-19 aigus pédiatriques hospitalisés en selon la présence de comorbidités, du 30/08/2021 au 15/05/2022 (données au 18/05/2022)

Période	Semaine	Total	Pauci-symptomatiques	Avec comorbidités	12-17 ans	12-17 ans vaccinés	Passage en réanimation	Décès
Delta	2021 -S35 à 2021-S51	160	38 (24 %)	31 (19 %)	8	2	14 (9 %)	0 (0 %)
Omicron BA.1	2021 -S52 à 2022-S08	398	76 (19 %)	117 (29 %)	27	4	16 (4 %)	0 (0 %)
Omicron BA.2	2022 -S09 à 2022-S19	79	21 (27 %)	9 (11 %)	2	0	4 (5 %)	0 (0 %)
Total		637	135 (21 %)	157 (25 %)	37	6	34 (5 %)	0 (0 %)

Source : Étude PANDOR. Exploitation : Santé publique France

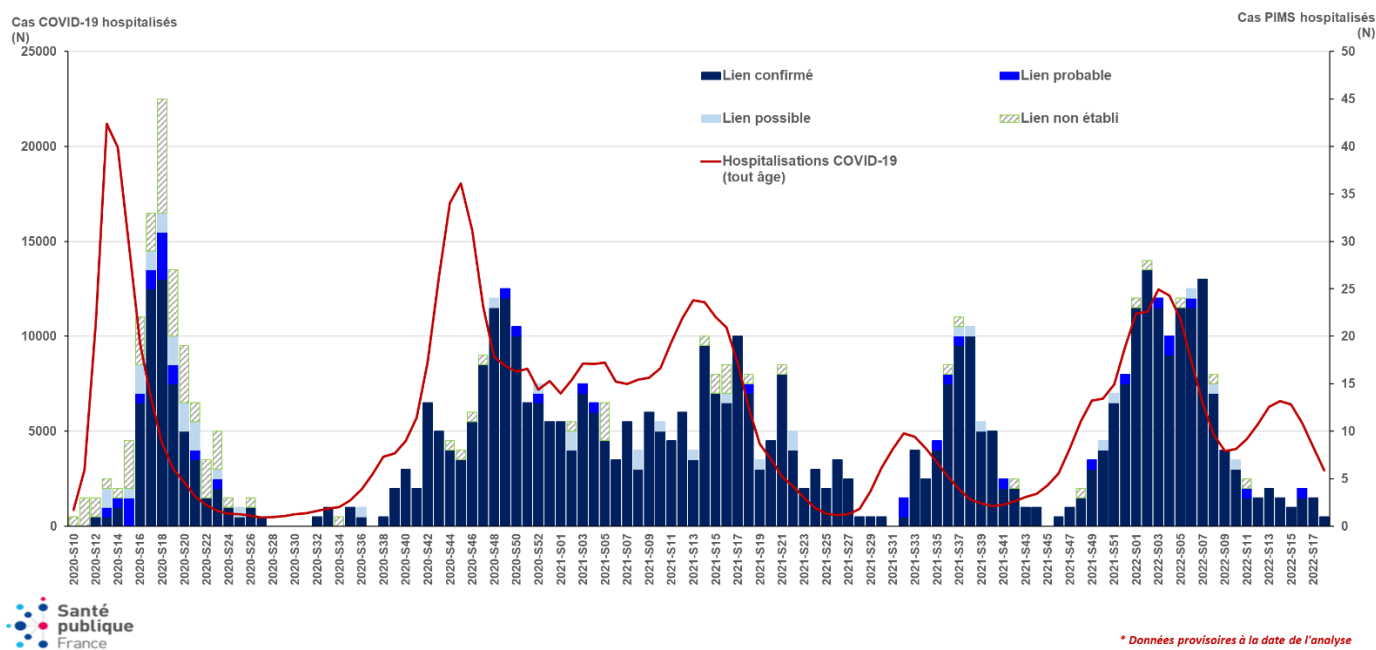
Les périodes sont nommées en fonction du variant majoritaire dans les enquêtes Flash.

► Les syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

Le nombre de cas de PIMS signalés du 2 mars 2020 au 8 mai 2022 à Santé publique France s'élève à 1 114, parmi lesquels 1 028 étaient en lien avec le SARS-COV-2 (données au 16/05/2022). Ce lien était confirmé pour 85 % des cas par une RT-PCR et/ou une sérologie pour SARS-CoV-2 (n=949). Parmi les cas en lien avec le SARS-COV-2, 61 % étaient des garçons (n=628). 27 % des cas en lien avec le SARS-COV-2 (n=274) ont été observés pendant la cinquième vague, qui a débuté pour les PIMS en semaine 2021-S46. Cette cinquième vague a été caractérisée, pour les PIMS, par une ascension rapide du nombre de cas entre les semaines 2021-S49 et 2022-S02, suivie d'un plateau jusqu'en semaine 2022-S07, puis d'une décroissance jusqu'en semaine 2022-S11. Ensuite, de la semaine 2022-S12 à la semaine 2022-S16, un plateau bas de deux à quatre cas par semaine a été observé. La baisse en semaine 2022-S17 est à interpréter avec précaution car les données ne sont pas encore consolidées (Figure 5).

L'incidence cumulée des cas en lien avec la COVID-19 (n=918) est estimée à 7,1 pour 100 000 dans la population des moins de 18 ans. L'incidence la plus élevée est observée chez les 6-10 ans (Tableau 5).

Figure 5. Distribution des cas de PIMS et des cas de COVID-19 (tout âge), par semaine d'hospitalisation, France, du 02/03/2020 au 08/05/2022 (données au 16/05/2022)



* Données provisoires à la date de l'analyse

Tableau 5. Distribution du nombre de cas et incidence cumulée des PIMS par groupe d'âge, France, du 02/03/2020 au 08/05/2022 (données au 16/05/2022)

Groupe d'âge	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	Total
Nombre de cas	141	194	414	204	75	1028
%	14	18	40	21	7	100
Incidence cumulée (/100 000)	6.6	8.5	10.0	6.0	3.0	7.1
Population INSEE 2020	2 129 928	2 285 140	4 144 422	3 403 399	2 513 338	14 476 227

Sur ces 1028 cas de PIMS, 726 étaient associés à une myocardite (71 %). Un séjour en service de réanimation ou en unité de soins critiques a été nécessaire pour 707 enfants (69 %). Un enfant âgé de moins de 10 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.

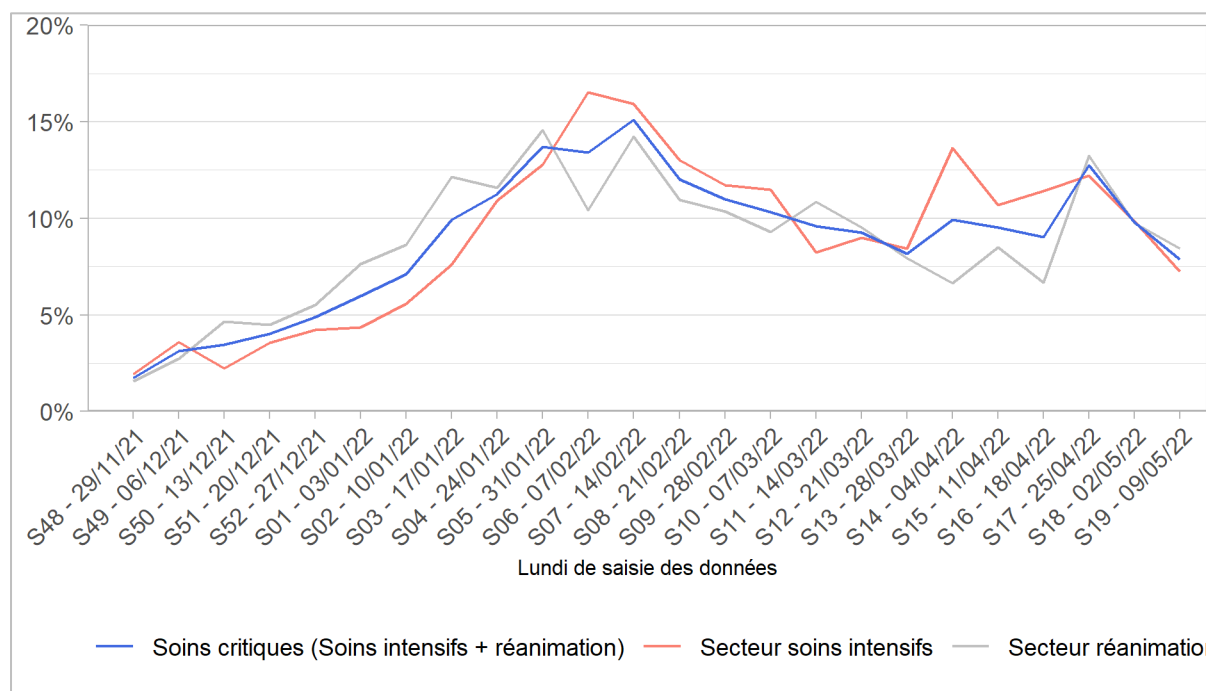
► Surveillance des nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, hospitalisés en soins critiques de niveau 3

Les données présentées ci-après ont été extraites des bases de données le 13/05/2022 pour les informations relatives à la proportion de lits des services de soins critiques néonataux de niveau 3 occupés par des nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2. Compte-tenu de la possibilité de saisie rétrospective dans l'application, les résultats sont potentiellement amenés à évoluer en fonction de la participation des services hospitaliers.

Ce système de surveillance a démarré le 29 novembre 2021. Il repose sur la participation de 65 services de soins critiques (soins intensifs et/ou réanimation néonatale) repartis sur l'ensemble du territoire national (France métropolitaine et DOM). Sur la période du 29/11/2021 au 09/05/2022, la proportion de services de soins critiques de niveau 3 participants était en moyenne de 56 % avec une participation variant de 42 % à 68 % selon les semaines. Depuis la fin du mois d'avril, le pourcentage de services participants a diminué passant sous la barre des 50 % d'hôpitaux participants.

Après une augmentation sur les 12 premières semaines d'enquête (1,7 % le 29/11/2021 à 15,1 % le 14/02/2022), la proportion de lits occupés en soins critiques le lundi par un nouveau-né né dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2 a ensuite diminué de près de six points en quatre semaines. Entre mi-mars et début mai 2022, cette proportion s'est stabilisée, variant autour de 10 % (Figure 6).

Figure 6. Évolution de la proportion de lits occupés le lundi en soins critiques (secteur soins intensifs et secteur réanimation) de niveau 3, par un nouveau-né, né dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, entre le 29/11/2021 et le 09/05/2022 (données au 13/05/2022)



Source : Dispositif de surveillance des nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, hospitalisés en soins critiques de niveau 3.

► Décès avec un lien possible avec la COVID-19

Sources : SI-VIC et investigations menées auprès des cliniciens

Chaque décès d'enfants de moins de 18 ans avec une infection au SARS-CoV-2 déclaré à SpF (SI-VIC ou autre source¹) fait l'objet d'une investigation auprès des cliniciens afin de déterminer si le décès était en lien avec la COVID-19. Lorsque les enfants présentaient des comorbidités sévères, le lien entre la COVID-19 et le décès était cependant difficile à établir. Dans certains cas, l'infection était de découverte fortuite et le décès était en lien avec un accident ou une autre pathologie.

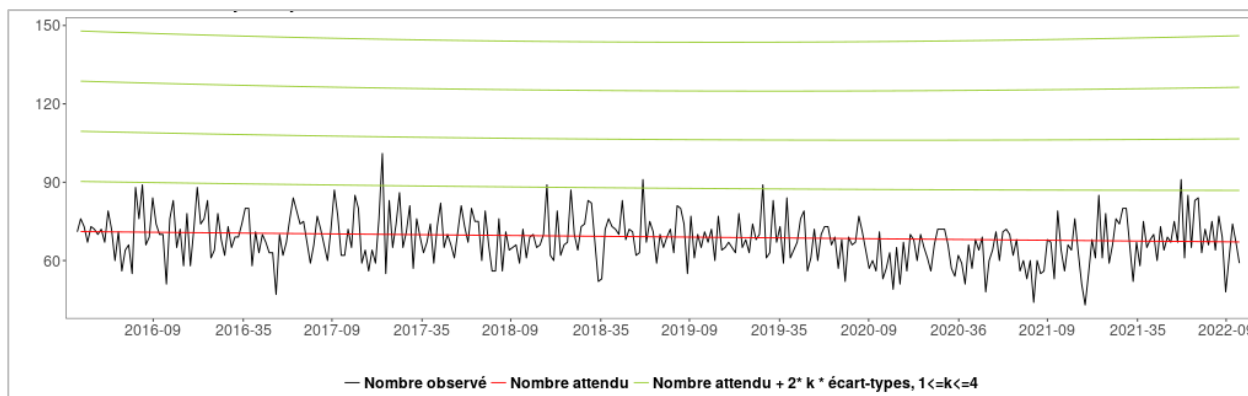
Depuis le début de l'épidémie, un total de 89 décès d'enfants de moins de 18 ans avec infection SARS-CoV2 ont été enregistrés dans la base SI-VIC et les autres sources, dont 38 avaient moins de 5 ans, 22 avaient entre 5 et 11 ans et 29 entre 12 et 17 ans.

Pour 70 décès, l'investigation a pu être menée à son terme et a montré un lien possible avec la Covid-19 dans 31 cas (44 %). Parmi ces enfants, 26 (84 %) présentaient des comorbidités très sévères.

Une hausse du nombre des décès a été enregistrée entre janvier et mars 2022, en relation avec l'augmentation majeure des contaminations et des hospitalisations, observée à partir de novembre 2021 chez les moins de 18 ans. Depuis fin mars, une baisse des déclarations est observée.

L'analyse des données de mortalité toutes causes confondues (Figure 7) ne montre aucun excès de mortalité chez les moins de 15 ans en 2020, 2021 et début 2022 (jusqu'en semaine 2022-18).

Figure 7. Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, enfants de moins de 15 ans, 2016 à 2022 (jusqu'en semaine 18). France (données au 17/05/2022, dernière semaine incomplète)



Source : INSEE - Exploitation : Santé publique France

¹ Les autres sources sont : certification électronique, surveillance pédiatrique (PICURE, PANDOR), Surveillance en réanimation néonatale et soins intensifs.

Sources des données

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients infectés par le SARS-CoV-2 (présentant une PCR positive) ayant été admis à l'hôpital, ainsi que leur parcours de soins : dont admission en service en services de soins critiques (services de réanimation et autres services de soins critiques, comme les soins intensifs ou soins continus), en soins de suite et réadaptation (SSR) et que les décès survenus pendant l'hospitalisation, déclarés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai 2020).

Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021)

Surveillance pédiatrique : Santé publique France, en partenariat avec les sociétés savantes pédiatriques, a mis en place en octobre 2021 une surveillance complémentaire des cas de COVID-19 pédiatriques hospitalisés. Cette surveillance a pour objectif d'identifier tout signal de gravité supplémentaire ou de nouvelles formes cliniques de l'infection, grâce à un recueil de données sur les caractéristiques des cas de COVID hospitalisés en réanimation ou en service de pédiatrie générale. Ce recueil fournit donc des informations qualitatives, complémentaires à celles recueillies via les systèmes existants (SI-VIC, SI-DEP) qui permettent de suivre les tendances. Cette surveillance s'appuie sur deux réseaux préexistants :

- Réseau **PICURE** (Pediatric Intensive Care Unit Registry), incluant 42 services (39 centres hospitaliers, France entière), ciblant les nouvelles admissions COVID-19 dans les services de réanimation pédiatrique. Cette surveillance est menée en collaboration avec le Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques (GFRUP).
- Étude **PANDOR**, pilotée par le Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP) et l'Association Clinique et Thérapeutique Infantile du Val de Marne (ACTIV), avec participation d'environ 30% de l'ensemble des services de pédiatrie (métropole & Ile de la Réunion).

Cette surveillance vient en complément de la **surveillance volontaires des PIMS** mise en place en avril 2020 en coordination avec l'ensemble des sociétés savantes de pédiatrie.

Surveillance en service de néonatalogie : ce système de surveillance a été créé pour répondre à l'absence d'un dispositif réactif de surveillance permettant de mesurer l'évolution du nombre de nouveau-nés hospitalisés en soins critiques (secteur soins intensifs et secteur réanimation) dans un contexte d'une infection maternelle au SARS-CoV-2 pendant la grossesse. Déployé en collaboration avec la Société Française de Néonatalogie, il est basé sur la remontée un jour donné chaque semaine, du nombre de nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, hospitalisés le lundi en soins critiques (secteur soins intensifs ou secteur réanimation) de niveau 3. Ce n'est donc pas un système qui recueille exhaustivement tous les nouveau-nés, nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2 hospitalisés en soins critiques. Les enfants inclus dans ce système de surveillance sont les nouveau-nés :

- jusqu'à 28 jours après leur naissance pour les enfants nés à terme et 45 semaines après le premier jour des dernières règles de la mère pour les nouveau-nés prématurés ;
- et hospitalisés dans l'un des 65 services de soins critiques de niveau 3 participants sur les 67 repartis sur le territoire national (France métropolitaine et outre-mer) le jour de la saisie des données ;
- et nés dans un contexte d'infection au SARS-CoV-2, c'est-à-dire :
 - présentant eux-mêmes une confirmation biologique d'infection au SARS-CoV-2, nécessitant une prise en charge en service de réanimation néonatale ou de soins intensifs du fait de l'infection ou du fait de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) ;
 - ou porteurs ou non de l'infection, mais dont la mère a été infectée par le SARS-CoV-2 pendant sa grossesse ou le péripartum. Les enfants sont inclus quel que soit le délai entre l'infection maternelle et l'accouchement. L'inclusion des enfants dans la surveillance n'est pas conditionnée à la notion d'imputabilité entre l'infection maternelle et l'hospitalisation en niveau 3.

Nous remercions toutes les équipes des services de soins intensifs et de réanimation néonatale de niveau 3 participant à la surveillance néo-natale, les services de réanimation pédiatrique participant au réseau PICURE, tous les services participant à la surveillance des PIMS, et ceux participant à l'étude PANDOR. Nous remercions également pour leur contribution : la Société Française de Néonatalogie, la Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares, le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques, la Société francophone dédiée à l'étude des maladies inflammatoires pédiatriques, la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Cardiologie, filiale de Cardiologie pédiatrique et congénitale, et le Groupe de pathologies infectieuses pédiatriques.