

Ce site utilise des cookies provenant de Google pour fournir ses services et analyser le trafic. Votre adresse IP et votre user-agent, ainsi que des statistiques relatives aux performances et à la sécurité, sont transmis à Google afin d'assurer un service de qualité, de générer des statistiques d'utilisation, et de détecter et de résoudre les problèmes d'abus.

EN SAVOIR PLUS OK

samedi 8 août 2020

Rentrée scolaire: prise de position de la société de virologie. 6 août 2020

Avis de la commission ad hoc SARS-CoV-2 de la Société de Virologie: Mesures préventives SRAS-CoV-2 à la rentrée scolaire après les vacances d'été, 6 août 2020

Au cours des dernières semaines, il y a eu une augmentation des nouvelles infections par le SRAS-CoV-2. Étant donné que les vacances dans certains États fédéraux sont sur le point de se terminer ou viennent de se terminer, les inquiétudes quant à la décision d'ouvrir des écoles se multiplient. À notre connaissance aujourd'hui, les infections par le SRAS-CoV-2 chez les enfants sont dans la grande majorité bénignes, avec des taux d'hospitalisation, de complications et de décès significativement plus faibles que chez les adultes.

Nous soutenons toutes les mesures qui visent à maintenir les écoles et les établissements d'enseignement ouverts au cours de l'hiver prochain. Pour que l'école soit fonctionnelle, il est impératif de soulager les parents qui travaillent, mais aussi de veiller au bien-être des enfants. Cependant, le fonctionnement de l'école doit être lié à un projet pragmatique éliminant ou du moins réduisant considérablement le risque de propagation de l'infection dans les écoles. Pour supprimer efficacement la propagation du virus dans l'ensemble de la société, il est fondamental de maintenir une faible circulation du virus dans les écoles. En même temps, un contrôle efficace des nouvelles infections autour des écoles, c'est-à-dire dans l'environnement privé des élèves et des enseignants, est le meilleur moyen d'empêcher le virus d'entrer dans les écoles.

Nous mettons en garde contre l'idée que les enfants ne sont pas impliqués dans la pandémie et la transmission. De telles idées ne sont pas conformes aux connaissances scientifiques. Un manque de mesures de prévention et de contrôle pourrait rapidement conduire à des flambées, qui obligeraient alors les écoles à fermer à nouveau. Sous-estimer le risque de transmission dans les écoles serait contre-productif pour le bien-être de l'enfant et la reprise économique.

Les taux d'infection chez les enfants et leur rôle dans la pandémie n'ont été jusqu'ici que partiellement recensés dans les études scientifiques. Des publications scientifiques plus récentes et des observations concrètes dans certains pays indiquent que le rôle minime des enfants, comme supposé initialement, doit être remis en question. La majorité des premières études ont été menées dans les conditions (exceptionnelles) de réduction des contacts («lockdown») avec des fermetures d'écoles ou pendant une période de faible incidence, comme immédiatement après la levée du lockdown en Allemagne. La décision s'est fondée sur une information limitée quant à la situation prévisible à court terme en Allemagne. Dans certaines circonstances, il se peut que les enfants représentent une part non négligeable des infections par le SRAS-CoV-2. Le pourcentage d'enfants dans le nombre total de nouvelles infections en Allemagne se situe désormais dans une fourchette qui correspond au pourcentage d'enfants dans la population totale (1).

Ce site utilise des cookies provenant de Google pour fournir ses services et analyser le trafic. Votre adresse IP et votre user-agent, ainsi que des statistiques relatives aux performances et à la sécurité, sont transmis à Google afin d'assurer un service de qualité, de générer des statistiques d'utilisation, et de détecter et de résoudre les problèmes d'abus.

EN SAVOIR PLUS OK

prononcés. Depuis, il a été constaté que la charge virale chez les enfants ne diffère pas (ou pas dans une mesure cliniquement pertinente) de la charge virale des adultes en ce qui concerne les concentrations d'ARN détectables dans les écouvillons (2-5). Des preuves de la pertinence de la mesure de la charge virale pour la détection de matériel viral réellement infectieux sont désormais disponibles (6-8). Il est encore difficile d'interpréter les données sur la fréquence réelle de transmission chez les enfants par rapport aux adultes. Les résultats de quelques études menées avec soin sur les ménages ont montré que les enfants étaient infectés à peu près aussi souvent que les adultes (9,10). La fréquence de transmission par les enfants reste incertaine. Une nouvelle étude observationnelle complète réalisée en Italie suggère que davantage d'infections sont causées par les enfants, ce que les auteurs attribuent à des contacts plus intenses (11). Une étude de Zhang et al. a pu montrer que les enfants, malgré une fréquence de contacts supposés plus élevés, s'infectaient à peu près autant que les adultes, ce qui a mené à en déduire que les enfants avaient une sensibilité moindre (10). Une étude de modélisation menée en Israël estime que les enfants sont deux fois moins sensibles à l'infection que les adultes, à l'aide d'une reconstitution statistique des trajectoires probables des contaminations (12). Bien que ces études soient basées sur l'observation des ménages, il existe peu de données disponibles sur une situation scolaire réelle. Dans une étude plus récente menée en Corée du Sud, une fréquence de transmission chez les élèves du secondaire (10-19 ans) s'est avérée comparable à celle des adultes, même s'il n'y avait généralement que peu ou pas de symptômes (13). Une étude australienne a examiné 12 enfants et 15 adultes ayant fréquenté l'école et la garderie pendant leur phase infectieuse (comptée à partir du jour 2 avant l'apparition des symptômes). Sur 633 contacts testés en laboratoire, 18 cas de transmissions ont été trouvés. Ce nombre ne doit pas être considéré comme faible, car dès qu'il y a eu connaissance de chaque cas index, toute la classe / groupe a été immédiatement mise en quarantaine et l'ensemble de l'établissement a été fermé pendant environ deux jours, et les écoles ne pratiquaient les cours en présentiel que pendant la moitié de la période de l'étude (14).

Des exemples de clusters de SRAS-CoV-2 dans les écoles en Israël et en Australie étayaient le risque de flambée épidémique dans le secteur de l'éducation, en particulier en cas d'augmentation du taux global d'infection dans la population (15,16).

L'une des dernières découvertes importantes concernant le SRAS-CoV-2, qui doit être prise en compte lors de l'ouverture de l'école, concerne la possibilité désormais reconnue de transmission par aérosol, c'est-à-dire la transmission par l'air, en particulier à l'intérieur lorsque la circulation de l'air est insuffisante (17). Plus il y a de personnes dans un espace clos et plus le temps passé là-dedans est long, plus le risque de transmission est grand.

En ce qui concerne l'ouverture des écoles à l'automne, cela signifie que des mesures supplémentaires doivent être prises pour y minimiser le risque de transmission. Cela comprend, par exemple, la réduction de la taille des classes en fonction du nombre de nouvelles infections, l'utilisation des ressources spatiales et la recherche de solutions pragmatiques pour améliorer l'échange d'air dans les bâtiments publics tels que les écoles. La mise en œuvre de mesures techniques pour assurer un renouvellement suffisant de l'air ambiant ne relève pas de la compétence de l'infectiologie. L'intégration d'une expertise technique est urgente. En ce qui concerne la classe, d'un point de vue virologique, de petits groupes fixes comprenant le personnel

Ce site utilise des cookies provenant de Google pour fournir ses services et analyser le trafic. Votre adresse IP et votre user-agent, ainsi que des statistiques relatives aux performances et à la sécurité, sont transmis à Google afin d'assurer un service de qualité, de générer des statistiques d'utilisation, et de détecter et de résoudre les problèmes d'abus.

EN SAVOIR PLUS OK

participation régulière des établissements scolaires, une prolongation des vacances de Noël devrait être envisagée afin de réduire les périodes de haute activité infectieuse. En particulier, une prolongation sur la nouvelle année semble judicieuse, car les voyages liés aux vacances et les fêtes de famille peuvent entraîner une nouvelle augmentation du risque d'infection à Noël.

Les preuves de l'effet protecteur de l'utilisation large et correcte des masques grand public se sont accrues entre-temps (18, 19). En ce qui concerne le risque réel de transmission entre élèves qui ne présentent pas (encore) de symptômes de la maladie au moment de la contagiosité, nous parlons d'un point de vue purement virologique pour le port généralisé des masques grand public pour tous les niveaux scolaires, y compris pendant les cours. Cela devrait s'accompagner d'une explication adaptée à l'âge des enfants à la nécessité et à l'importance des mesures de prévention. Une hygiène des mains cohérente doit bien sûr être maintenue, même si la transmission via les surfaces a probablement été surestimée et la transmission aérienne sous-estimée. Ici, les recommandations datant du premier semestre devraient être révisées. Les mesures relatives à la transmission par gouttelettes, aérosols ou par contact ne sont pas interchangeables.

Les écoliers atteints d'une infection respiratoire aiguë devraient également être testés en laboratoire, même s'ils présentent des symptômes bénins, si cela est possible, car ils jouent un rôle indispensable dans la détection précoce de clusters scolaires. Jusqu'au résultat du test, ils devraient rester à l'écart de l'école. Un diagnostic de laboratoire pourrait être effectué par des médecins résidents ou des centres de test spécialement aménagés. Un test particulièrement sensible devrait être assuré au personnel enseignant. L'objectif de l'organisation des tests des élèves, et surtout du personnel enseignant, devrait être d'avoir les résultats dans les 24 heures après le prélèvement de l'échantillon.

Les élèves et les enseignants qui ont été testés positifs sont des indicateurs de clusters. Pour le traitement des clusters, une courte mise en quarantaine générale et immédiate pourrait être envisagée. L'isolement immédiat des clusters a fait ses preuves au Japon dans l'endiguement de la première vague (20,21). C'est également prévu dans les recommandations du RKI, mais la mise en œuvre dans la pratique est souvent retardée par le désir d'une clarification diagnostique préliminaire de l'étendue du cluster. Cependant, pour éviter des contaminations scolaires plus importantes, une quarantaine immédiate, brève, de l'ensemble du groupe est nécessaire. À la fin d'une courte quarantaine, les membres du cluster pourraient être testés en vue de leur "libération" c'est-à-dire qu'une autre quarantaine ne serait alors plus nécessaire. Il est important de créer des groupes qui ne se mélangent pas (généralement des groupes-classe) à l'école. La nécessité d'une courte quarantaine si une infection est détectée dans la classe doit être suivie de tous et mise en œuvre par la direction de l'école en coordination avec les services de santé.

Auteurs et membres de la commission ad hoc SARS-CoV-2 (ordre alphabétique):

Prof. Ralf Bartenschlager

Ce site utilise des cookies provenant de Google pour fournir ses services et analyser le trafic. Votre adresse IP et votre user-agent, ainsi que des statistiques relatives aux performances et à la sécurité, sont transmis à Google afin d'assurer un service de qualité, de générer des statistiques d'utilisation, et de détecter et de résoudre les problèmes d'abus.

EN SAVOIR PLUS OK

Prof. Melanie Brinkmann
TU Braunschweig
Helmholtz Centre for Infection Braunschweig
Braunschweig

Prof. Jonas Schmidt-Chanasit
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg

Prof. Sandra Ciesek
Institut für Medizinische Virologie
Universitätsklinikum Frankfurt

Prof. Christian Drosten
Institut de Virologie,
Charité Universitätsmedizin Berlin

Prof. Isabella Eckerle
Centre for Emerging Viral Diseases
Universitätsklinikum Genf, Schweiz

Prof. Marcus Panning
Institut für Virologie
Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Stephanie Pfänder
Abteilung f. Molekulare u. Medizinische Virologie
Ruhr-Universität Bochum

Prof. John Ziebuhr
Medizinische Virologie
Universität Giessen

Références

1. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsb...
2. Jones et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. medRxiv 2020.06.08.20125484
3. Jacot et al. Viral load of SARS-CoV-2 across patients and compared to other respiratory viruses. medRxiv 2020.07.15.20154518
4. Baggio et al. SARS-CoV-2 viral load in the upper respiratory tract of children and adults with

Ce site utilise des cookies provenant de Google pour fournir ses services et analyser le trafic. Votre adresse IP et votre user-agent, ainsi que des statistiques relatives aux performances et à la sécurité, sont transmis à Google afin d'assurer un service de qualité, de générer des statistiques d'utilisation, et de détecter et de résoudre les problèmes d'abus.

EN SAVOIR PLUS OK

465–469

7. van Kampen et al. Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. medRxiv 2020.06.08.20125310

8. L'Huillier et al. Infectious SARS-CoV-2 in nasopharynx of symptomatic neonates, children, and adolescents. Emerg Infect Dis. 2020 Oct

9. Bi et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis 2020 Aug;20(8):911-919

10. Zhang et al. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. Science 26 Jun 2020: 1481-1486

11. Fateh-Moghadam et al. Contact tracing during Phase I of the COVID-19 pandemic in the Province of Trento, Italy: key findings and recommendations. medRxiv 2020.07.16.20127357

12. Dattner et al. The role of children in the spread of COVID-19: Using household data from Bnei Brak, Israel, to estimate the relative susceptibility and infectivity of children. medRxiv 2020.06.03.20121145

13. Park et al. Contact tracing during coronavirus disease outbreak, South Korea, 2020. Emerg Infect Dis. 2020 Oct

14. Macartney et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. The Lancet Child & Adolescent Health. Published August 03, 2020

15. Stein-Zamir et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. Euro Surveill. 2020;25(29)

16. <https://www.dhhs.vic.gov.au/coronavirus-update-victoria-thursday-16-july...>

17. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-c...>

18. Robert Koch-Institut: Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 7.5.2020). Epid Bull 2020;19:21

19. Chu et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. The Lancet June 27, 2020, Vol 395, 10242, p.1973-1987

20. <https://www.sciencemag.org/news/2020/05/japan-ends-its-covid-19-state-em...>

21. <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-05/coronavirus-ansteckung-cov...>

Ce site utilise des cookies provenant de Google pour fournir ses services et analyser le trafic. Votre adresse IP et votre user-agent, ainsi que des statistiques relatives aux performances et à la sécurité, sont transmis à Google afin d'assurer un service de qualité, de générer des statistiques d'utilisation, et de détecter et de résoudre les problèmes d'abus.

EN SAVOIR PLUS **OK**

[Afficher la version Web](#)

Fourni par [Blogger](#).