

COVID-19

# Revue scientifique hebdomadaire

1 - 7 août 2020

Cette revue scientifique hebdomadaire présente un aperçu des données scientifiques nouvellement disponibles sur la COVID-19 au cours de la période en question. Il s'agit d'un examen des sujets et articles importants en la matière, et non d'un guide pour la mise en place d'une politique ou d'un programme particulier. Les résultats présentés sont sujets à modification au fur et à mesure que de nouvelles informations voient le jour. Tout commentaire et retour sont appréciés : [covid19-eiu@vitalstrategies.org](mailto:covid19-eiu@vitalstrategies.org).

## Thèmes approfondis

### **Le rôle des lymphocytes T et de la réponse immunitaire humorale dans la COVID-19**

**Message principal :** Notre système immunitaire adaptatif joue un rôle central dans la reconnaissance et la lutte contre les infections et dans la protection contre une nouvelle contamination. Bien que la réponse humorale (lymphocytes B) et la réponse cellulaire (lymphocytes T) du système immunitaire travaillent généralement de concert, il arrive dans certains cas que l'une de ces réponses prenne le pas sur l'autre. Les premiers travaux de recherche menés sur la réponse du système immunitaire à la COVID-19 ont principalement porté sur les lymphocytes B et les anticorps. De nouveaux éléments viennent désormais préciser le rôle que jouent les lymphocytes T. Les travaux scientifiques les plus récents sont axés sur deux domaines : l'immunité à médiation cellulaire pré-existante, assurée par les lymphocytes T formés à la suite d'une exposition à d'autres coronavirus humains, pourrait jouer un rôle dans la façon dont la COVID-19 affecte certaines personnes, et les lymphocytes T pourraient quant à eux contribuer à la protection à long terme contre une nouvelle contamination des personnes qui se sont rétablies de la COVID-19. Il n'existe cependant aucune donnée définitive sur ces sujets.

Les lymphocytes B et les lymphocytes T sont des globules blancs qui font partie du **système immunitaire adaptatif de l'organisme**. Ils ont tous deux un rôle à jouer dans la lutte contre les infections. Les lymphocytes B, qui sont les

principaux acteurs de la réponse immunitaire humorale, ont pour fonction de reconnaître la signature à l'extérieur des organismes nuisibles appelés « antigènes ». Ils passent ensuite par un processus de différenciation qui permet de libérer des anticorps pour accroître la capacité de l'organisme à reconnaître et à lutter contre l'infection. Les lymphocytes T, qui sont les principaux acteurs de la réponse immunitaire à médiation cellulaire, ont pour fonction de reconnaître les cellules étrangères à l'organisme ou les cellules devenues anormales à la suite de l'infection ; ils se chargent de la destruction de ces cellules, puis s'adaptent pour améliorer leur capacité à reconnaître et à tuer des cellules similaires à l'avenir. Les lymphocytes B et T ont tous deux une « mémoire » qui permet à l'organisme de se souvenir d'une précédente infection et de se protéger ou d'agir plus rapidement en cas de nouvelle rencontre avec ce même organisme nuisible à l'origine de l'infection (immunité protectrice). Si une attention particulière a été accordée à la réponse immunitaire humorale contre le SARS-CoV-2, le virus à l'origine de la COVID-19, ainsi qu'au rôle joué par les lymphocytes B et les anticorps dans la protection immunitaire, de nouveaux éléments semblent indiquer que les lymphocytes T à mémoire et la réponse immunitaire à médiation cellulaire de l'organisme pourraient également avoir un rôle à jouer dans la lutte contre le virus. Plus spécifiquement, les éléments dont nous disposons actuellement suggèrent qu'une infection antérieure par d'autres [coronavirus humains](#) pourrait conférer à l'organisme une immunité croisée à travers l'action des lymphocytes T.

Le SARS-CoV-2 est le septième coronavirus connu à pouvoir infecter les humains. Quatre des six autres formes de coronavirus entraînent de simples rhumes. Les deux autres entraînent quant à elles des maladies plus graves : le MERS-CoV, qui est le virus à l'origine du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO, détecté pour la première fois en 2012), et le SARS-CoV-1, qui est le virus à l'origine du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, détecté pour la première fois en 2002). Les auteurs d'une [étude récente publiée dans la revue Nature](#) ont montré à travers des expériences en laboratoire comment les lymphocytes T à mémoire des personnes ayant déjà été infectées par d'autres coronavirus humains pouvaient potentiellement médier les infections à SARS-CoV-2. Ils ont également réalisé des expériences pour étudier le développement des lymphocytes T à mémoire spécifiques au SARS-CoV-2 chez les personnes rétablies de la COVID-19, un phénomène qui avait déjà été observé par le passé chez des personnes rétablies d'un SRAS ou d'un SRMO. Les auteurs ont démontré que le plasma des patients guéris du SRAS qui avaient été infectés près de 17 ans auparavant contenait des lymphocytes T à mémoire dont la réaction croisée permettait de reconnaître des parties du virus SARS-CoV-2. Dans une moindre mesure, ils ont également pu observer une réactivité croisée chez les patients sans antécédents d'exposition au SRAS ou à la COVID-19, qui s'explique probablement en partie par l'exposition à d'autres coronavirus responsables de simples rhumes ou à des coronavirus animaux. Ce type de réactivité croisée pourrait contribuer à expliquer le spectre des manifestations de la maladie à COVID-19, les infections asymptomatiques ou bénignes concernant probablement les personnes ayant déjà développé une immunité cellulaire induite par les lymphocytes T à la suite d'infections passées liées à d'autres coronavirus.

D'autres études, dont [un rapport récent publié dans la revue Science Immunology](#), mettent en évidence l'importance de ce type d'immunité à long terme fournie par les lymphocytes T, car la plupart des travaux de recherche [révèlent de plus en plus que les réponses des lymphocytes B et des anticorps à la COVID-19 entraînent au mieux une protection à relativement court-terme](#). Les lymphocytes B et T interviennent souvent de concert dans le développement de la réponse immunitaire. Cependant, dans certains types d'infections, le rôle des uns peut prendre le pas sur celui des autres, en particulier lorsqu'il s'agit d'établir une protection à long terme contre les réinfections. Il est possible, par exemple, que l'intensité des infections légères ne soit pas suffisante pour déclencher une réponse efficace des lymphocytes B et des anticorps, mais que cela entraîne tout de même une réponse des lymphocytes T et active la mémoire. Cette possibilité est évoquée dans le rapport de Science Immunology. En outre, [une étude avant publication portant sur la discordance entre les réponses humorale et cellulaire](#) a permis de montrer que

certaines personnes développaient une immunité cellulaire (lymphocytes T) sans séroconversion, c'est-à-dire sans produire d'anticorps.

Il existe désormais de plus en plus de données attestant que les lymphocytes T activés au cours d'infections à coronavirus antérieures ont une réaction croisée face au SARS-CoV-2. Cependant, il n'a pas encore été évalué dans quelle mesure cela pourrait expliquer les différences de susceptibilité et de gravité de la maladie d'un patient à l'autre. Bien que la protection des anticorps, lorsqu'elle se développe, diminue au cours des quelques mois qui suivent l'infection à COVID-19, il se peut que les lymphocytes T à mémoire continuent à assurer une protection à long terme contre les réinfections. [D'autres études récentes](#) visant à expliquer les différents degrés de gravité de la maladie parmi les personnes atteintes de COVID-19 ont révélé l'existence d'une réactivité croisée des lymphocytes T au SARS-CoV-2 à partir de l'analyse d'échantillons de sang humain prélevés avant que le virus ne soit détecté. À l'heure actuelle, il n'existe aucune preuve directe chez l'humain qui permette de comprendre les conséquences pratiques de ces résultats obtenus en laboratoire.

### **La grippe saisonnière pendant la pandémie de COVID-19**

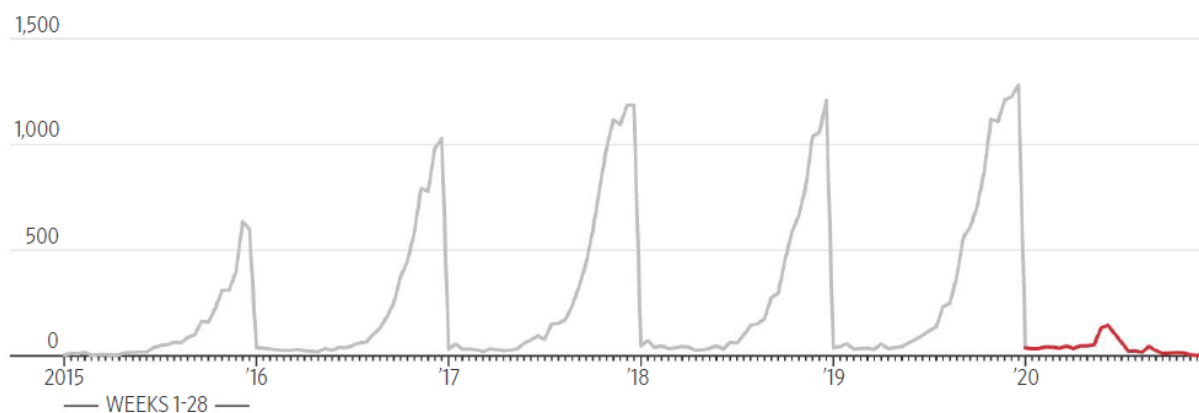
**Message principal :** Alors que la pandémie de COVID-19 ne donne que très peu de signes de ralentissement de sa progression, certains experts en santé publique ont fait part de leur crainte de voir les pics de l'épidémie coïncider avec la grippe saisonnière au cours des mois d'automne et d'hiver. Certains signes indiquent qu'il est possible de faire face à la menace d'une double charge de morbidité des maladies respiratoires. Dans les pays qui ont été rapidement et fortement affectés par la pandémie de COVID-19, la prise de mesures sociales et de santé publique strictes semble avoir permis de raccourcir la durée de la saison de grippe au début du mois d'avril. Ces dernières semaines, les données de surveillance ont également révélé que le virus de la grippe était moins actif que prévu dans l'hémisphère sud, où les cas de grippe atteignent habituellement leur plus haut niveau en août. Les dirigeants nationaux et locaux doivent se tenir prêts à adapter leurs efforts d'intervention tout en surveillant attentivement l'évolution de la COVID-19 et de la grippe. Il convient en outre de rappeler à la population l'importance de se protéger en continuant à porter un masque, à se laver les mains (ou à utiliser un désinfectant pour les mains) et à respecter les règles de distanciation physique, ainsi qu'en se faisant vacciner contre la grippe conformément aux recommandations.

Au début de la pandémie de COVID-19, de nombreuses personnalités publiques ont comparé cette nouvelle maladie à la grippe. Toutes deux se propagent de façon similaire et sont causées par des virus à ARN. Il peut donc être difficile de faire la distinction entre les formes cliniques de la maladie qu'ont développées la plupart des personnes infectées. Il est possible que ces comparaisons aient amené certaines personnes à sous-estimer le danger que représente le nouveau coronavirus. Au cours des derniers mois, nous avons appris que la COVID-19 se transmettait bien plus facilement que la grippe saisonnière que beaucoup de gens connaissent, mais également qu'elle était plus susceptible d'entraîner des maladies graves et mortelles. Bien que les deux maladies puissent se manifester tout au long de l'année et dans toutes sortes de climats, le SARS-CoV-2, le virus à l'origine de la COVID-19, et les virus de la grippe [peuvent se propager plus facilement](#) dans des conditions fraîches et sèches. Certains [experts en santé publique ont averti](#) que les systèmes de santé en Amérique du Nord et en Europe seront confrontés à une double difficulté si les conditions météorologiques de l'automne et de l'hiver à venir favorisent à la fois l'apparition d'une deuxième vague de COVID-19 et le développement des épidémies habituelles de grippe saisonnière. Au-delà du fait que cela impliquerait une pression supplémentaire pour les systèmes de santé, il se peut que [les personnes qui contractent les deux infections](#) à la suite ou en même temps s'exposent à des risques accrus pour leur santé.

Heureusement, les mesures sociales et de santé publique qui ont été recommandées pour ralentir la progression de la COVID-19 s'avèrent tout aussi efficaces pour réduire le risque de propagation de la grippe et de certaines autres infections respiratoires. Dans une précédente [Revue scientifique hebdomadaire](#), nous avons présenté les données

relatives à la surveillance de la grippe dans les pays qui ont été touchés par la COVID-19 en mars et en avril. Après avoir mis en œuvre des mesures de riposte à la COVID-19, notamment en imposant des restrictions, beaucoup de pays ont vu leurs cas de grippe diminuer plusieurs semaines avant la date prévue. Dans les pays tempérés de l'hémisphère sud, la grippe saisonnière se manifeste généralement entre mai et septembre. Dans la [publication de ses données de surveillance les plus récentes](#), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) conclut que la saison de grippe 2020 dans l'hémisphère sud n'avait même pas encore commencé le 19 juillet, alors que de nombreux pays s'attendaient justement à voir leur nombre de cas augmenter. Le graphique ci-dessous montre les [cas de grippe saisonnière enregistrés au Chili](#) au cours des 28 premières semaines de l'année depuis 2015. On peut y voir que quasiment aucune activité n'a été enregistrée en 2020. Même dans les pays tropicaux où la grippe peut apparaître sporadiquement tout au long de l'année, les cas de grippe et les échantillons positifs signalés à l'OMS ont été rares ces dernières semaines, et aucun n'a été signalé dans les zones tropicales d'Afrique, d'Amérique du Sud ou d'Asie du Sud-Est.

### Chile's influenza cases during flu season



Source: Chile's Public Health Institute

Schéma : [Cas de grippe saisonnière signalés au cours des 28 premières semaines épidémiologiques de l'année au Chili, 2015-2020.](#)

Cette tendance peut être encourageante, à condition qu'elle reflète réellement le fait que les efforts pour atténuer ou éliminer la COVID-19 permettent simultanément de réduire la charge de morbidité d'une autre maladie respiratoire potentiellement grave telle que la grippe saisonnière. La diminution des déplacements dans le monde pourrait également entraîner une baisse de la circulation mondiale des virus de la grippe. L'OMS avertit toutefois qu'au moins une partie de ce que l'on observe actuellement pourrait être lié à la pandémie de COVID-19. Si la peur ou les restrictions imposées dissuadent de nombreuses personnes de se faire soigner, il se peut que les cas de grippe passent inaperçus et ne soient pas signalés. Si les hôpitaux et les systèmes de santé sont surchargés par la pandémie de COVID-19, ils risquent de ne pas être en mesure de tester les patients et de faire remonter les cas de grippe aussi efficacement que les années précédentes. Il y a en outre une autre raison de s'inquiéter pour ceux d'entre nous qui vivent dans l'hémisphère nord : chaque année, les épidémiologistes et les virologues surveillent la grippe saisonnière dans le sud afin d'anticiper la saison à venir dans le nord (ils observent également ce qui se passe dans le nord pour anticiper la saison suivante dans le sud). Cela requiert un travail important de sélection des virus pour le vaccin contre la grippe saisonnière et d'anticipation de l'ampleur de la transmission. La transmission saisonnière étant aujourd'hui si faible, il sera plus difficile de se préparer à la saison de la grippe dans l'hémisphère nord au cours des prochains mois et de prévoir quelles souches sont susceptibles de circuler en cas de saison grippale étendue. De leur côté, les fabricants de vaccins se préparent à produire et à expédier [un nombre record de doses de vaccin antigrippal](#)

pour la saison à venir. En fin de compte, selon [l'observatoire épidémiologique de l'Université Johns Hopkins](#), « la gravité de la grippe saisonnière dans l'hémisphère nord pourrait dépendre fortement de la capacité des pays à juguler la COVID-19. » Partout où la transmission de la COVID-19 est importante, la grippe saisonnière est susceptible de se propager tout aussi rapidement. Partout où les systèmes de santé sont déjà sous tension en raison des cas de COVID-19, le fardeau supplémentaire de la grippe aggravera la crise. Les autorités sanitaires doivent se préparer à lutter à la fois contre la COVID-19 et la grippe saisonnière. Certaines localités chercheront à renforcer leurs mesures sociales et de santé publique. En outre, pour veiller à ce que le vaccin contre la grippe saisonnière soit largement disponible, de nouvelles approches seront probablement nécessaires afin de l'administrer en toute sécurité à un nombre record de personnes pendant la pandémie. À l'échelle individuelle, chacun peut se protéger et empêcher la propagation des deux virus en continuant à suivre les mesures de précaution recommandées (masques, distanciation physique et lavage des mains) et en se procurant le vaccin contre la grippe dès qu'il sera disponible dans sa région (en septembre ou en octobre aux États-Unis).

## **Articles**

### **[Détection d'un foyer de contamination à SRAS-CoV-2 dans un camp de vacances- Géorgie, juin 2020](#)**

(MMWR, 7 août)

**Message principal :** Malgré les efforts des autorités pour mettre en œuvre des mesures sociales et de santé publique afin de réduire la transmission de la COVID-19, les jeunes participants d'un camp de vacances et le personnel qui les accompagnait ont été largement contaminés fin juin dans l'État de Géorgie, ce qui a entraîné la fermeture du site. La première infection confirmée a été observée chez un membre du personnel, ce qui a donné lieu à l'ouverture d'une enquête. Parmi les 597 membres du personnel et participants, qui s'étaient tous vu exiger la présentation d'un test négatif effectué dans les 12 jours précédant leur départ, 344 (58 %) ont été testés et 260 (44 %) se sont avérés porteurs de la COVID-19. Les jeunes n'ont pas été épargnés, puisque 51 % des enfants de 6 à 10 ans ont été testés positifs. Les mesures sociales et de santé publique mises en place dans le camp n'ont pas suffi à éviter l'organisation d'activités de groupe, notamment de chant, et l'hébergement d'un grand nombre de personnes dans un même logement. Le port systématique du masque n'a pas été imposé au personnel ou aux participants sur le site. La distanciation physique et le port du masque doivent continuer à être privilégiés, quelle que soit la tranche d'âge ou l'activité.

- Une enquête a été ouverte par le service de santé publique de Géorgie lorsqu'un adolescent membre du personnel du camp de vacances a développé des symptômes correspondant à la COVID-19 le 23 juin dernier, avant d'être testé positif. Le 27 juin, tous les participants et le personnel avaient été renvoyés chez eux. La mobilisation du service de santé a consisté notamment à recommander la mise en quarantaine et le dépistage de tout le personnel et de tous les participants, ainsi que l'isolement le cas échéant. Le camp de vacances avait commencé par accueillir une session de formation et d'orientation le 17 juin. Les 120 membres du personnel qui ont animé cette session d'orientation sont restés sur place et ont été rejoints par 363 participants et trois autres membres du personnel le 21 juin, tandis que 138 stagiaires sont rentrés chez eux le 20 juin à la fin de la session d'orientation. En recueillant les données relatives aux tests, le service de santé a pu calculer les taux d'attaque parmi le personnel/les stagiaires et les participants.
- L'âge médian des participants était de 12 ans (de 6 à 19 ans) et l'âge médian du personnel était de 17 ans (de 14 à 59 ans). Au total, 597 Géorgiens ont séjourné sur le site du 17 au 27 juin, date à laquelle le camp a été fermé. Il a été possible d'accéder aux résultats de 344 d'entre eux. Parmi les personnes testées, 76 % se sont avérées porteuses du virus et un taux d'attaque global de 44 % a été relevé. Le taux d'attaque le plus élevé a été observé parmi les membres du personnel (56 %) dont le séjour sur le site avait été le plus long. Lorsque ces données sont ventilées par tranche d'âge, on remarque que les 6-10 ans ont le taux

d'attaque le plus élevé (51 %), suivis des 11-17 ans (44 %) et des 18-21 ans (33 %). Parmi les personnes qui ont été testées positives, il a été possible de connaître les symptômes de 138 personnes, et 26 % des tests positifs concernaient des personnes ne présentant aucun symptôme.

- Les taux d'attaque sont probablement sous-estimés par rapport aux valeurs réelles, étant donné que 42 % des participants n'ont pas été testés. On ne connaît ni les facteurs de risque individuels ni le niveau de respect des mesures sociales et de santé publique. Il se peut également que les personnes aient été exposées à la COVID-19 avant ou après leur participation au camp de vacances.

### [Risque de COVID-19 chez le personnel soignant travaillant en première ligne et au sein de la communauté en général : Une étude de cohorte prospective](#)

(The Lancet Public Health, 31 juillet 2020)

**Message principal :** Partout dans le monde, le personnel de santé est confronté à un risque accru de contracter la COVID-19. Ce risque a été aggravé par la pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI), tels que les masques et les blouses, qui sont recommandés pour se protéger des infections. Il a été difficile de déterminer l'ampleur de ces risques, surtout au début de la pandémie, lorsque la disponibilité des tests était également limitée. Une grande partie des données dont nous disposons sur le risque de contracter la COVID-19 ont été recueillies à partir d'études sur des groupes de patients qui avaient déjà été diagnostiqués. Ces études [incluent rarement des informations sur la profession](#) ou les pratiques de prévention. Dans cette grande étude prospective, les scientifiques ont suivi plus de 2,1 millions de personnes au Royaume-Uni et aux États-Unis qui se sont volontairement inscrites sur une application mobile de suivi des symptômes sur une période d'un mois au début de la pandémie. Le personnel de santé était au moins trois fois plus susceptible que les autres membres de la communauté d'être testé positif, même en tenant compte de la différence d'accès aux tests et d'autres biais potentiels. Le personnel de santé ayant accès aux EPI recommandés a signalé moins d'infections que le personnel de santé ne disposant pas d'un EPI adéquat, mais le risque d'infection reste plus élevé pour les professionnels de santé que pour la population générale.

- Les participants qui se sont inscrits sur une application mobile pendant les mois de mars et d'avril 2020 ont accepté de fournir des informations sur leurs symptômes de la COVID-19 et les résultats de leurs tests. Après une période de suivi moyenne de 35 jours, 5 545 participants ont fait état de résultats positifs au test. La prévalence de COVID-19 était de 2 747 cas pour 100 000 professionnels de santé travaillant en première ligne, contre 242 cas pour 100 000 personnes au sein du reste de la population. Après correction statistique pour tenir compte de la plus grande accessibilité des professionnels de santé aux tests, les chercheurs ont constaté que ces derniers avaient au moins trois fois plus de chances que le reste de la population de contracter la COVID-19 (aHR=3,40, 95 % IC 3,37-3,43).
- Les membres du personnel de santé qui déclaraient disposer d'un EPI adéquat couraient moins de risques d'être testés positifs que leurs collègues dont l'EPI était réutilisé ou inadéquat. L'analyse a également montré que les membres du personnel de santé noirs, asiatiques ou appartenant à d'autres minorités ethniques étaient plus susceptibles d'être infectés que leurs collègues blancs. Le taux d'infection le plus élevé a été observé chez le personnel de santé travaillant en milieu hospitalier.
- Cette vaste étude prospective a permis de quantifier le risque considérablement accru de contracter la COVID-19 pour les membres du personnel soignant qui ont travaillé en première ligne au Royaume-Uni et aux États-Unis en début d'année. Bien que la conception de l'étude, les méthodes d'analyse et la très grande taille de l'échantillon laissent présager la fiabilité des résultats, il reste quelques biais et limites potentiels. L'échantillon non représentatif a été recruté en très grande majorité au Royaume-Uni, et dépendait de la volonté des personnes à s'inscrire sur l'application et à l'utiliser pendant une période relativement courte,

assez tôt dans la pandémie. Il se peut que les risques d'infection ne soient pas les mêmes d'un pays à l'autre, parmi les personnes qui ne sont pas intéressées par l'application ou qui sont incapables d'y accéder, et qu'ils varient en fonction de l'évolution de l'épidémie au niveau local ou des stratégies de prévention mises en place au niveau des communautés et des établissements de santé pour s'adapter aux nouvelles informations disponibles sur la façon dont il convient de lutter contre la COVID-19.

[Taux d'hospitalisation et caractéristiques des enfants de moins de 18 ans hospitalisés qui ont été testés positifs à la COVID-19 - COVID-NET, 14 États, 1<sup>er</sup> mars-25 juillet 2020](#)

(MMWR, publication anticipée le 7 août 2020)

**Message principal :** Bien que le taux d'hospitalisation des enfants atteints de COVID-19 soit beaucoup plus faible que celui des adultes, les enfants restent exposés au risque de développer une forme grave de la maladie. Les données de surveillance recueillies par le réseau de surveillance des hospitalisations associées à la COVID-19 (COVID-NET) auprès de 14 États américains révèlent que les enfants ont été hospitalisés à un taux cumulé de huit pour 100 000 alors que le taux a été de 165 pour 100 000 chez les adultes. Cependant, les données de surveillance montrent également que, parmi les enfants atteints de COVID-19 qui ont été hospitalisés, environ un sur trois a dû être admis aux soins intensifs, soit un chiffre similaire à celui des adultes. Les décès restent rares chez les enfants. Les taux d'hospitalisation des enfants sont plus élevés chez les Noirs et les Latino-Américains. Les problèmes de santé sous-jacents exposent davantage les enfants au risque de se faire hospitaliser à cause de la COVID-19. Les stratégies de prévention telles que le port du masque, le lavage des mains et le respect des règles de distanciation physique doivent être renforcées, en particulier dans les écoles et les garderies.

- Afin de mieux comprendre les facteurs intervenant dans l'hospitalisation des enfants atteints de COVID-19, les chercheurs ont interrogé le système de surveillance COVID-NET pour caractériser les hospitalisations des moins de 18 ans. COVID-NET recueille des informations sur les hospitalisations associées à la COVID-19 auprès de 14 États. Les chercheurs ont étudié : les informations démographiques telles que l'âge, le sexe et l'appartenance ethnique ; les problèmes de santé sous-jacents ; et les informations relatives à l'hospitalisation telles que la durée, le traitement et le niveau de soins requis.
- Du 1<sup>er</sup> mars au 25 juillet, 576 enfants hospitalisés à cause de la COVID-19 ont été signalés à COVID-NET. Le taux d'hospitalisation cumulé associé à la COVID-19 pendant cette période était de huit pour 100 000 chez les enfants, contre 164,5 pour 100 000 chez les adultes. Les nourrissons de moins de 3 mois représentaient près de 20 % de l'ensemble des hospitalisations d'enfants. L'âge médian était de 8 ans, sans différence notable entre les garçons et les filles. Les Latino-Américains représentaient 46 % des hospitalisations, suivis des Noirs (30 %) et des Blancs (14 %). Des informations relatives aux problèmes de santé sous-jacents étaient disponibles chez 38 % des enfants hospitalisés et, parmi eux, 42 % souffraient en effet d'un ou de plusieurs problèmes de santé sous-jacents. Un tiers des enfants a dû être admis aux soins intensifs pour une durée médiane de deux jours. Sur 208 hospitalisations dont on connaissait la nature, un seul décès a été signalé.
- Le dossier de la plupart des cas pédiatriques soumis à COVID-NET n'avait pas été examiné, ce qui pourrait indiquer l'existence d'un biais au niveau des cas dont le dossier a été examiné. Aucune information complète sur le syndrome de choc inflammatoire multisystémique chez l'enfant (MIS-C) n'est actuellement disponible sur COVID-NET.