

Portrait de la COVID-19 parmi les enfants du Québec du 23 février au 11 juillet 2020

23 novembre 2020

Faits saillants

- ▶ Entre le 23 février et le 11 juillet 2020, 3 493 cas de COVID-19 sont survenus parmi les moins de 18 ans du Québec, soit 6 % de l'ensemble de tous les cas enregistrés.
- ▶ Au total au cours de la période des 19 semaines analysée, on enregistrait 22 cas de COVID-19 par chaque 10 000 enfants. Sur une base hebdomadaire, on enregistrait en moyenne 1,2 cas par 10 000 enfants. L'incidence hebdomadaire la plus forte a été enregistrée la semaine du 10 mai avec 2,5 cas par 10 000 enfants.
- ▶ 76 % des enfants touchés auraient contracté le SRAS-CoV-2 à la suite d'un contact avec un autre cas connu par la Santé publique. Cet autre cas connu était un membre de leur famille dans 92 % des cas.
- ▶ Les 15 à 17 ans auraient eu un peu plus tendance à contracter l'infection dans un contexte d'éclosion que les plus jeunes (14,0 %, contre 3,1 % et 6,1 % parmi les <1, 1-4, 5-9 et 10-14 ans).
- ▶ De même les enfants touchés vers la fin de la première vague, soit à partir de la mi-juin, avaient aussi un peu plus tendance à contracter l'infection dans un contexte d'éclosion.
- ▶ À partir du moment où le gouvernement élargit les indications de dépistage du SRAS-CoV-2, début mai, on observe qu'entre 20 % à 30 % des enfants atteints ne rapportent aucun symptôme. Les autres rapportaient le plus souvent une constellation de symptômes peu spécifiques (toux, fièvre, céphalée, congestion).
- ▶ Aucun décès n'est survenu parmi les enfants atteints de la COVID-19.
- ▶ Au moins 98 % des enfants atteints n'avaient aucun marqueur d'une forme sévère de COVID-19, c'est-à-dire de séjour hospitalier ou séjour en unité de soins intensifs coïncidant avec la date de survenue de leur infection. Pour les 2 % restants, la base de données exploitée pour faire l'étude ne permet pas de statuer sur le rôle qu'a joué la COVID-19 dans leur hospitalisation ou séjour aux soins intensifs.

Contexte

Au Québec, la première vague de la pandémie de COVID-19 s'échelonne du 23 février au 11 juillet 2020. Durant la première moitié de cette première vague, les contacts sociaux des enfants se limitaient vraisemblablement à leur famille puisque les écoles, la plupart des services de garde, les centres commerciaux, les centres sportifs, les commerces aux détails, restaurants et bars ont fermé leurs portes à partir du 16 mars (1). Par contre, la réouverture des écoles primaires (sauf sur le territoire métropolitain de Montréal), début mai, et l'ouverture des camps de jour, piscines et parcs extérieurs, en juin, ont probablement été associées à une certaine relance des contacts sociaux des jeunes (1). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a suivi l'évolution des connaissances scientifiques sur la COVID-19 dans la population pédiatrique (2). Elle l'a fait en établissant systématiquement des parallèles entre ces connaissances émergentes et les données épidémiologiques disponibles localement (2). Ceci étant dit, un portrait global de la première vague de la pandémie de la COVID-19 parmi les enfants et adolescents du Québec s'imposait. Ce portrait établit des points de référence pour mieux apprécier les interventions mises en place depuis pour lutter contre la crise.

Objectif

Dresser un portrait de l'épidémie de la COVID-19 parmi les personnes âgées de moins de 18 ans du Québec durant la première vague de la pandémie.

Méthodologie

Population étudiée

Cette analyse porte sur l'ensemble des 0-17 ans résidents du Québec entre le 23 février et le 11 juillet 2020.

Sources de données

Les données proviennent du Fichier V10 (version du 26/07/2020) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Celui-ci est alimenté par un formulaire d'enquête standardisé (versions en vigueur entre le 23/02/2020 et le 11/07/2020) rempli pour chaque cas suspecté de la COVID-19 porté à l'attention de la Santé publique. Pour chaque cas suspecté, un enquêteur de la Direction régionale de la santé publique (DRSP) concernée remplit le formulaire par téléphone auprès de la personne elle-même ou de son parent ou tuteur légal.

Un jumelage de ce fichier à la base de données Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO) (version en transmission préliminaire du 02/08/2020), du MSSS, vient compléter les informations utilisées pour l'étude.

Variables

Chacune des variables utilisées pour dresser ce portrait est décrite en annexe.

Analyses statistiques

Les résultats sont présentés globalement et, selon la pertinence, détaillés selon l'âge, le sexe, l'existence d'autres conditions de santé susceptibles d'aggraver la COVID-19 et par semaine. Le taux d'incidence correspond au rapport entre le nombre de nouveaux cas et le nombre total d'individus à risque dans la population pour une période prédéterminée, multiplié par 10 000. Ces taux sont présentés soit globalement pour la période du 23 février au 11 juillet 2020, soit pour chacune des semaines de cette période d'observation. Le numérateur des taux provient du Fichier V10, tandis que le dénominateur provient du Fichier des événements démographiques de l'Institut de la statistique du Québec. Les résultats présentés dans ce rapport n'ont fait l'objet ni d'ajustement, ni de standardisation, ni d'aucun test statistique.

Résultats

Incidence et sévérité

De tous les cas de la COVID-19 recensés au Québec entre le 23 février et le 11 juillet, 3 493 cas sont survenus parmi les moins de 18 ans, ce qui représente 6,2 % de tous les cas. En moyenne pour chaque 10 000 enfants, 22 ont contracté la maladie (tableau 1). Des 3 493 cas pédiatriques recensés, 88 ont été hospitalisés selon le fichier V10, dont 65 (2,0 %) sans séjour aux soins intensifs et 23 (0,7 %) avec séjour aux soins intensifs (tableau 1). Le pourcentage d'enfants hospitalisés atteint 8,8 % parmi les 0-1 an, contre 0,5 % à 2,0 % dans les autres groupes d'âge. Cependant, les informations dont nous disposons sur les hospitalisations et séjours aux soins intensifs ne permettent pas de distinguer les cas où c'est la COVID-19 qui mène à l'hospitalisation et ceux où c'est l'hospitalisation qui mène à la détection de la COVID-19. Une hospitalisation pour n'importe quelle autre cause que la COVID-19 peut mener à la détection de la COVID-19 parce qu'en établissement, notamment aux soins intensifs, on procède au dépistage systématique du SRAS-CoV-2. Par ailleurs, autant de garçons (49,4 %) que de filles (50,6 %) ont contracté la maladie. Le fichier V10 indique que 247 (7 %) des enfants touchés avaient une condition de santé préexistante. Il s'agissait d'une maladie pulmonaire pour 141 (4 %) des enfants.

Il n'y a eu aucun cas de COVID-19 dans la population pédiatrique avant la semaine du 8 mars. À partir de ce moment, l'incidence augmentait progressivement d'une semaine à l'autre jusqu'à la semaine du 10 mai (figure 1). Cette semaine-là, on enregistrait 394 cas parmi les 0-17 ans, soit 2,5 cas par 10 000 enfants. Ensuite, le nombre de cas a diminué progressivement jusqu'à la semaine du 14 juin où 69 cas sont recensés, soit 0,4 cas par 10 000 enfants. L'incidence a eu tendance à reprendre une courbe ascendante dans les toutes dernières semaines de la première vague. Globalement sur l'ensemble de la période d'observation, l'incidence cumulative tournait autour de 17 à 26 cas par 10 000 enfants jusqu'à l'âge de 15 ans (figure 2). Elle était de 33/10 000 chez les 16 ans et de 47/10 000 chez les 17 ans. L'évolution de l'incidence de la COVID-19 au fil du temps a suivi à peu près la même courbe dans chacun des groupes d'âge (résultat non présenté). Par contre, c'est seulement chez les 15-17 ans que l'incidence a repris une courbe ascendante après le 14 juin.

Des 3 493 cas enregistrés, 1 821 (52 %) ont été confirmés en laboratoire par un test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) du virus SRAS-CoV-2. Pour les 1 672 (48 %) cas restants, la confirmation diagnostique a été fondée sur l'enquête épidémiologique qui démontrait l'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19 à la suite d'un contact avec un cas documenté. Le pourcentage des cas confirmés en laboratoire dépassait 90 % les toutes premières et les toutes dernières semaines du suivi (résultats non présentés). Entre les deux, ce pourcentage est descendu jusqu'à environ 20 %. Par ailleurs, il était un peu plus élevé chez les moins de 1 an (59 %), les 16 ans (69 %) et les 17 ans (72 %) que les autres années d'âge (entre 37 % et 56 %).

Tableau 1 Caractéristiques des cas de la COVID-19 parmi les moins de 18 ans du Québec, durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020).

Caractéristiques	Nouveaux cas N (%) [*]	Incidence cumulative (par 10 000)	Hospitalisation ^{**} N (%) [†]	USI [‡] N (%) [†]
Âge				
< 1 an	160 (4,6)	19	14 (8,8)	1 (0,6)
1-4 ans	737 (21,1)	21	14 (1,9)	6 (0,8)
5-9 ans	820 (23,5)	18	4 (0,5)	2 (0,2)
10-14 ans	907 (26,0)	20	16 (1,8)	5 (0,6)
15-17 ans	869 (24,9)	35	17 (2,0)	9 (1,0)
Sexe				
Garçons	1 725 (49,4)	21	41 (2,4)	8 (0,5)
Filles	1 766 (50,6)	23	47 (2,7)	15 (0,8)
Indéterminé	2 (0,1)	NA	0	0
Conditions de santé préexistante				
Oui	247 (7,1)	NA	13 (5,3)	4 (1,6)
Non	1 825 (52,2)	NA	44 (2,4)	10 (0,5)
Inconnues	1 421 (40,7)	NA	8 (0,6)	9 (0,6)
Total	3 493	22	65 (2,0)	23 (0,7)

USI, unité de soins intensifs, NA, non applicable.

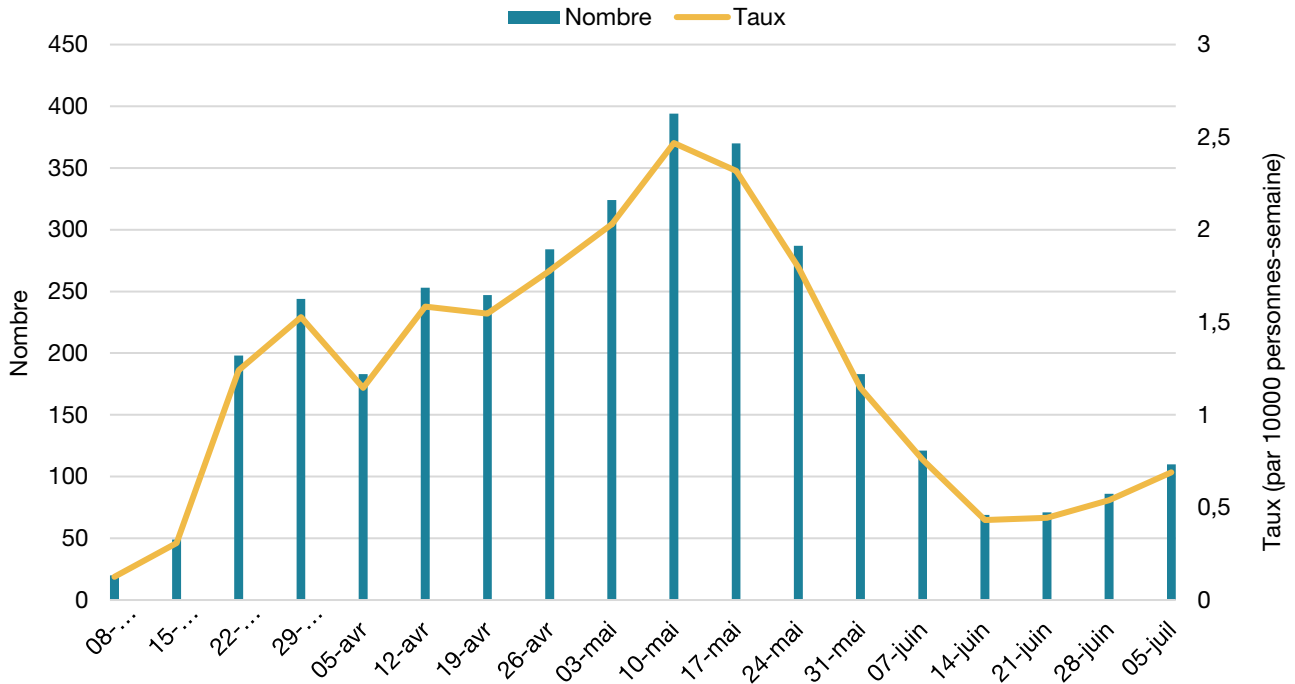
* Pourcentage du total des cas de la colonne (3 493).

** Selon le fichier V10, sans distinction possible entre les cas où la COVID-19 entraîne l'hospitalisation et ceux où l'hospitalisation mène la détection de la COVID-19.

† Selon le fichier V10, sans distinction possible entre les cas où la COVID-19 entraîne l'hospitalisation et ceux où l'hospitalisation mène la détection de la COVID-19 ; et où, soins intensifs inclut les séjours aux soins intensifs sans ventilation mécanique, avec ventilation mécanique ainsi que les séjours dans une unité spéciale COVID-19 avec ventilation mécanique.

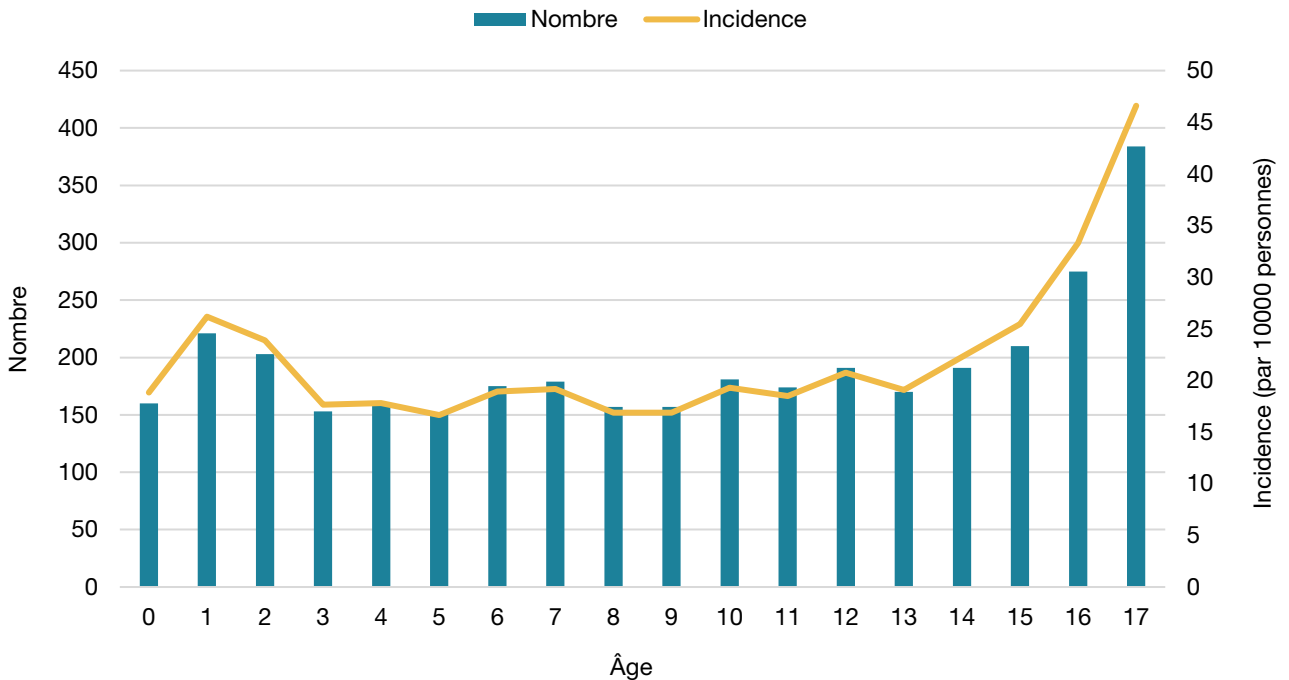
‡ Pourcentage des cas de la ligne, par exemple 160 pour la première ligne.

Figure 1 Évolution hebdomadaire du nombre de cas et du taux d'incidence de la COVID-19 parmi les moins de 18 ans du Québec durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)*



* Aucun cas de COVID-19 n'a été enregistré parmi les moins de 18 ans avant la semaine du 8 mars 2020.

Figure 2 Nombre de cas et incidence cumulée de la COVID-19 selon l'âge parmi les moins de 18 ans du Québec durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)*



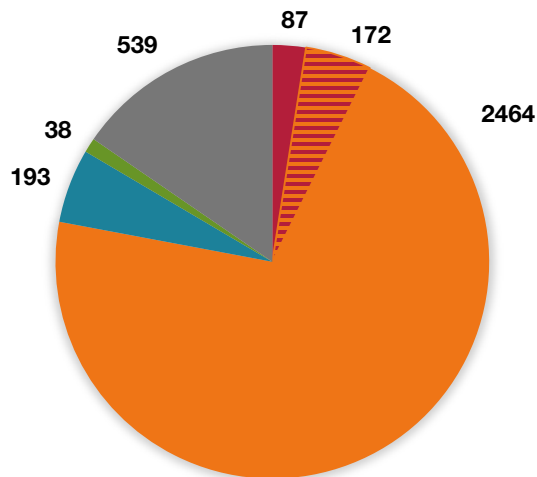
Source de la contamination

La source la plus probable de contamination au SRAS-CoV-2 est divisée en catégories mutuellement exclusives qui sont décrites en annexe. Pour 539 des 3 493 cas (15,4 %), la source la plus vraisemblable de contamination n'a pas pu être déterminée faute d'information au V10 (figure 3). Pour 259 cas (7 %), la contamination serait probablement reliée à une éclosion, avec une notion de contact direct avec un cas connu pour 172 d'entre eux et sans notion d'un tel contact pour les 87 autres cas. Pour 2 464 cas (70,5 %), la contamination serait probablement reliée à un contact direct avec un autre cas documenté, et ce, en dehors d'un contexte d'éclosion. Enfin pour 193 cas (5,5 %), on a identifié le milieu où la contamination serait vraisemblablement survenue sans toutefois pouvoir relier le cas à une éclosion ou un autre cas connu. Trente-huit cas (1,1 %) demeuraient sans hypothèse quant à la source de la contamination au terme de l'enquête. Pour les 2 636 enfants dont l'infection a pu être reliée à un autre cas documenté, celui-ci était un membre de sa famille 92 % des fois (tableau 2). Le pourcentage des cas reliés à une éclosion était plus élevé parmi les 15-17 ans (14,0 %) que dans les autres groupes d'âge (entre 3,1 % et 6,1 %) (figure 4).

Tout au long de la première vague, la contamination à la suite d'un contact direct avec un autre cas documenté, sans notion d'éclosion, est demeurée le principal mode probable d'acquisition de l'infection (figure 5). Cependant à partir du 21 juin, on a observé une soudaine augmentation des contaminations probablement reliées à une éclosion.

Figure 3 Répartition selon la source la plus probable de contamination* au SRAS-CoV-2 parmi les moins de 18 ans du Québec durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)

■ Éclosion ■ Contact avec mention d'éclosion ■ Contact sans mention d'éclosion ■ Milieu ■ Inconnu ■ Non documenté



* La source la plus probable de contamination est divisée en catégories mutuellement exclusives :

1. Éclosion : relié à une éclosion documentée ;
2. Contact avec mention d'éclosion : relié à un autre cas documenté et pourrait aussi être rattaché à une éclosion ;
3. Contact sans mention d'éclosion : relié à un autre cas documenté ;
4. Milieu : a fréquenté un/des milieux où des cas auraient circulé sans, toutefois, pouvoir être relié à une éclosion ou un cas connu ;
5. Inconnu : sans hypothèse quant à la source de la contamination au terme de l'enquête ;
6. Non documenté : la source la plus vraisemblable de contamination n'a pas pu être déterminée faute d'information.

Tableau 2 Lieu du contact parmi les moins de 18 ans chez qui la source la plus probable de contamination au SRAS-CoV-2 implique un contact avec un cas connu – Québec, première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)

Lieu du contact	Nombre 2432*	Proportion (%)
À la maison	2 233	91,8
En garderie ou à l'école	14	0,6
Au travail	14	0,6
Milieu de soins**	20	0,8
Ailleurs	151	6,2

* 2 636 dont la source la plus probable de contamination implique un contact avec un cas connu ; duquel 204 sont exclus à défaut d'information sur le lieu du contact.

** Du réseau de la santé ou autre.

Figure 4 Répartition par âge de la source la plus probable de contamination au SRAS-CoV-2 parmi les moins de 18 ans du Québec durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)

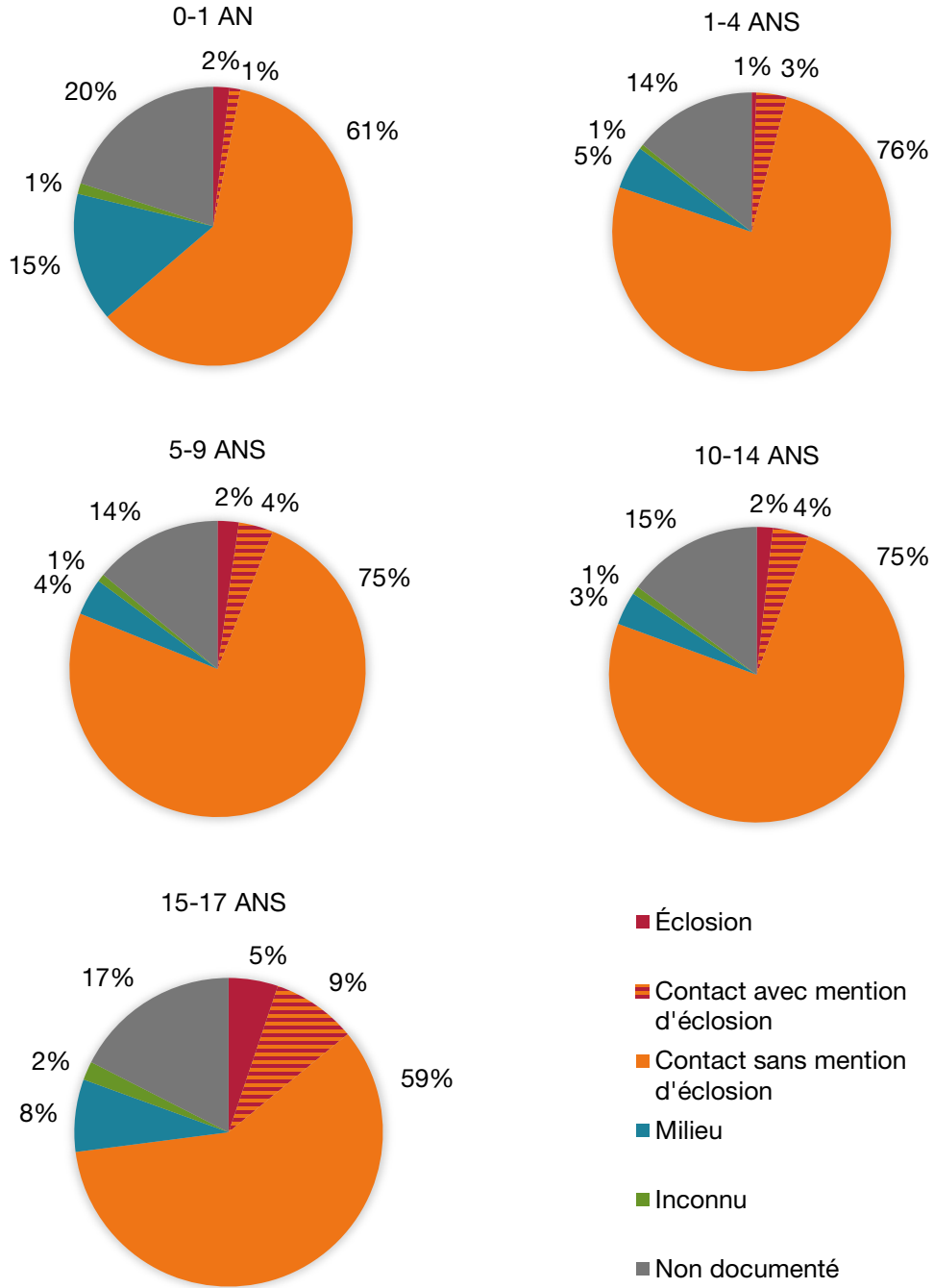
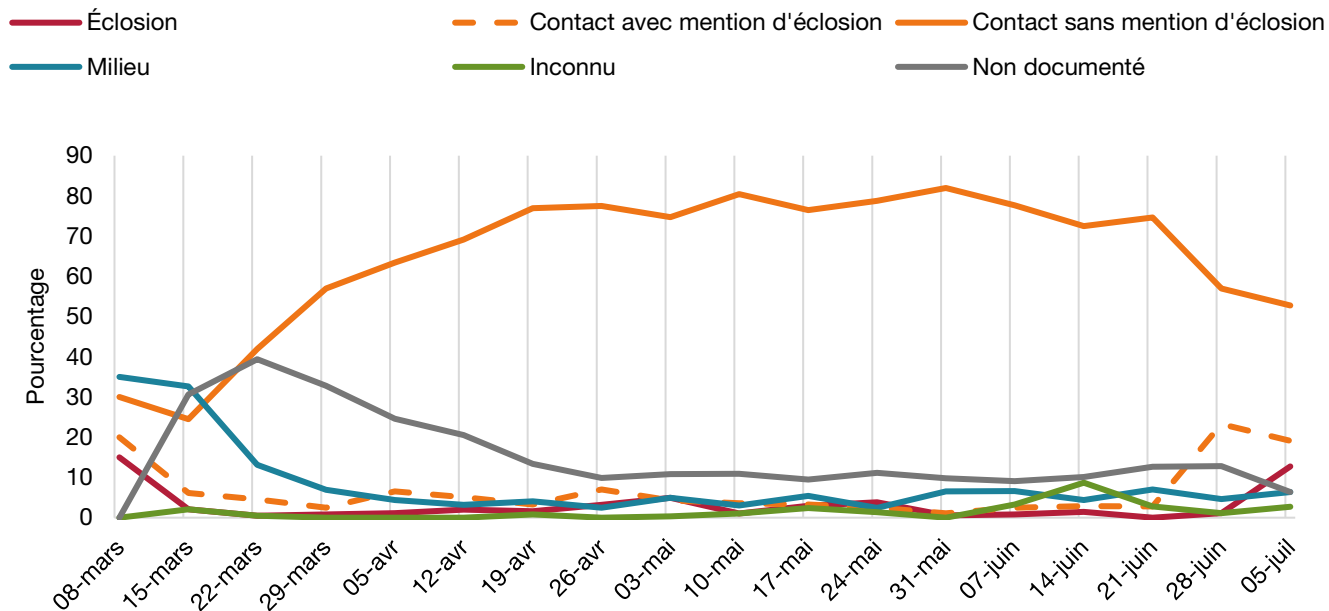


Figure 5 Évolution hebdomadaire de la source la plus probable de contamination au SRAS-CoV-2 parmi les moins de 18 ans du Québec durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)*

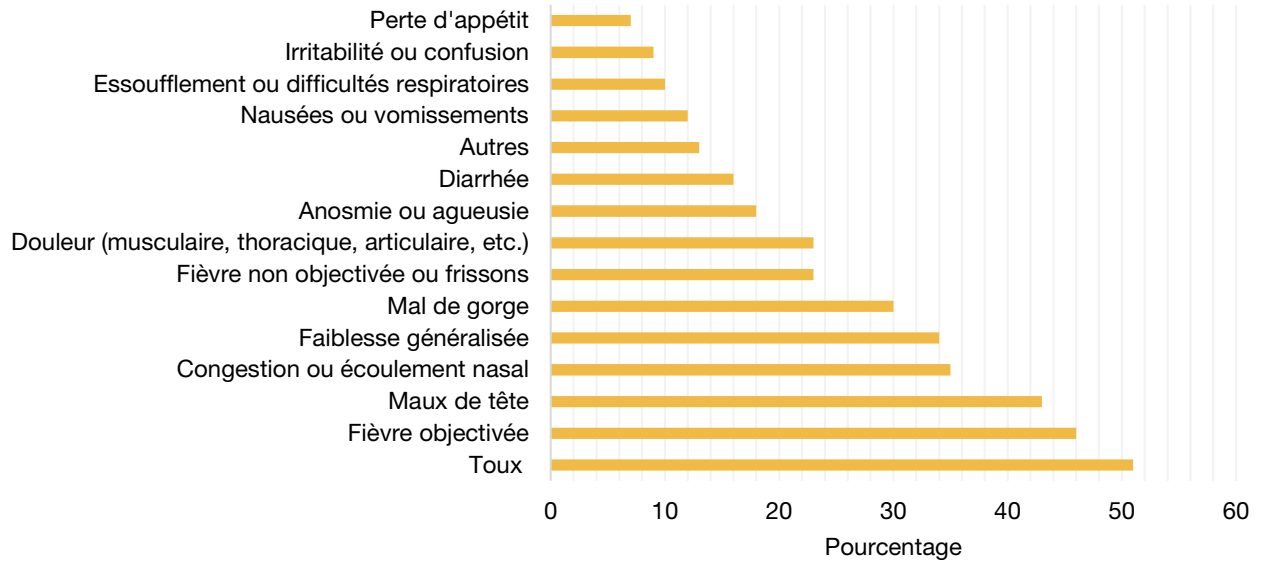


* Aucun cas de COVID-19 n'a été enregistré parmi les moins de 18 ans avant la semaine du 8 mars 2020.

Symptômes

Des 3 493 cas recensés, 2 937 (84 %) ont transmis des informations sur les symptômes ressentis. Parmi ceux-ci, 2 579 (88 %) ont déclaré au moins un symptôme. En moyenne, les répondants affirmant ressentir des symptômes en rapportaient 4 différents. Les symptômes les plus souvent rapportés étaient la toux (51 % des répondants), une fièvre objectivée ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) (46 % des répondants) et les maux de tête (43 % des répondants) (figure 6). Dix-huit pour cent (18 %) des répondants ont rapporté une perte d'odorat ou de goût (anosmie ou agueusie), un symptôme plus spécifique à la COVID-19. Les symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements ou diarrhées) étaient plus fréquents en bas âge (38 % parmi les moins de 1 an, contre 21 à 27 % dans les autres groupes d'âge) (résultats non présentés). L'anosmie ou agueusie était plus fréquente chez les plus vieux (38 %, 24 %, 9 %, 3 %, respectivement, parmi les 15-17, 10-14, 5-9 et 1-4 ans). Les céphalées étaient aussi davantage rapportées par les plus vieux (63 %, 54 %, 46 % et 13 %, respectivement parmi les 15-17, 10-14, 5-9, 1-4 ans). Cependant comme la capacité à exprimer une plainte évolue avec l'âge, ces différences doivent être interprétées avec prudence. À partir de la mi-mai, le pourcentage d'enfants ne rapportant aucun symptôme a oscillé entre 20 et 30 % (figure 7). Les enfants ne rapportant aucun symptôme avaient en moyenne 9 ans et demi (médiane : 9 ans).

Figure 6 Symptômes rapportés parmi les moins de 18 ans du Québec atteints de la COVID-19 durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)



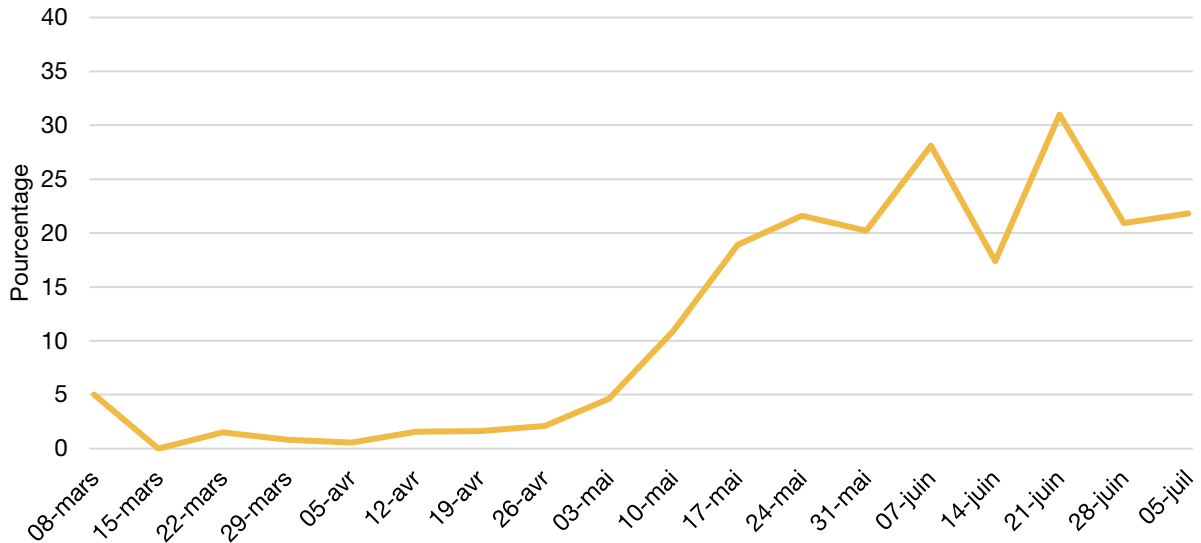
Anosmie : perte d'odorat.

Agueusie : perte de goût.

Fièvre objectivée : fièvre ≥ 38 °C.

Autres : mention de symptômes autres que ceux proposés au questionnaire de l'enquête.

Figure 7 Évolution hebdomadaire du pourcentage ne rapportant aucun symptôme parmi les moins de 18 ans du Québec atteint de la COVID durant la première vague de la pandémie (23 février au 11 juillet 2020)*



* Aucun cas de COVID-19 n'a été enregistré parmi les moins de 18 ans avant la semaine du 8 mars 2020.

Discussion

Entre le 23 février et le 11 juillet, 6 % des cas de COVID-19 enregistrés au Québec touchaient des enfants. En moyenne durant cette période, 22 enfants sur 10 000 ont contracté la COVID-19. Le taux d'incidence maximale a été enregistré la semaine du 10 mai avec 2,5 cas par 10 000 enfants par semaine. Soixante-seize pour cent (76 %) des enfants atteints auraient contracté l'infection à la suite d'un contact avec un autre cas connu, en dehors d'un contexte d'éclosion la plupart du temps. Cet autre cas connu était presque toujours (92 %) un membre de leur famille. On identifiait un contexte d'éclosion plus souvent parmi les 15 à 17 ans que dans les autres groupes d'âge (14 % contre 3 % à 6 %). De même, un contexte d'éclosion était plus souvent suspecté à partir de la mi-juin qu'avant. La proportion d'enfants ne rapportant aucun symptôme au moment où ils (ou leur parent-tuteur) ont été interrogés oscille entre 20 % et 30 %. Et quand ils (ou leur parent-tuteur) rapportaient des symptômes, il s'agissait généralement d'une constellation de plaintes peu spécifiques (toux, fièvre, céphalée, congestion nasale). Globalement, 18 % des jeunes ont rapporté une perte d'odorat ou de goût, des symptômes plus spécifiques à la COVID-19.

Ce portrait de la COVID-19 dans la population pédiatrique du Québec est tributaire de la qualité des données recueillies dans le fichier V10. D'importants efforts de validation et d'amélioration des données ont été faits au fil du temps et des corrections ont parfois été apportées de façon rétrospective. Malgré cela, il est possible que certaines erreurs persistent. La prudence s'impose donc dans l'interprétation des résultats. Notamment, le fichier V10 indique que 2 % des enfants atteints ont été hospitalisés. Et que de ceux-ci, 26 % auraient séjourné aux soins intensifs. Ces résultats pourraient laisser croire que 2 % des enfants atteints ont développé une maladie suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation, incluant assez souvent des soins intensifs. Il n'en est rien. Vu le dépistage systématique du SRAS-CoV-2 fait en établissement, tout particulièrement aux soins intensifs, ces résultats indiquent probablement surtout qu'une part non négligeable des cas de la COVID-19 pédiatriques enregistrés au V10 ont été découverts fortuitement en cours d'hospitalisation pour une autre cause. Une revue de dossier réalisée à l'Hôpital Sainte-Justine, entre le 20 avril et le 20 juillet, indique que seulement la moitié des enfants hospitalisés avec un diagnostic de COVID-19 avaient vraiment été hospitalisés pour leur infection (Communication personnelle, Dre Fatima Kakkar) (2). Ainsi, concernant la sévérité de la COVID-19 parmi les enfants durant la première vague, ce rapport-ci permet seulement d'affirmer que l'infection n'a entraîné aucun décès et qu'elle n'a entraîné aucune hospitalisation pour au moins 98 % des enfants. On sait par ailleurs qu'entre le 20 avril et le 20 juillet, l'Hôpital Ste-Justine a admis 3 enfants aux soins intensifs pour un syndrome inflammatoire multisystémique possiblement relié à la COVID-19 (Communication personnelle, Dre Fatima Kakkar). Mentionnons également que le fichier V10 ne compte que les cas de la COVID-19 qui sont portés à l'attention de la Santé publique. Ce nombre est, entre autres, tributaire des indications et de l'accessibilité au test de dépistage du SRAS-CoV-2. Ce test a vraisemblablement été rapidement accessible aux enfants hospitalisés. Il l'est progressivement devenu aux enfants de la communauté à partir du 4 mai. C'est probablement pourquoi le pourcentage d'enfants asymptomatiques est quasiment nul avant le mois de mai. Et les poupons ayant plus de chance d'être hospitalisés que les enfants et adolescents, c'est aussi probablement pourquoi l'incidence de la COVID-19 selon le V10 est plus élevée parmi les moins de 1 an (3). Pour finir, aucune des différences entre sous-groupes ou semaines présentées dans ce rapport n'a fait l'objet de test statistique pour en apprécier la robustesse.

Conclusion

La première vague de COVID-19 au Québec a fait 3 493 cas parmi les enfants. La grande majorité d'entre eux ont développé une maladie bénigne avec des symptômes non spécifiques. La plupart ont contracté l'infection au contact d'un membre de leur famille. Par contre à partir de la mi-juin, les acquisitions en contexte d'éclosion devenaient un peu plus proéminentes, reflétant probablement l'autorisation des rassemblements d'au maximum 10 personnes et la réouverture des commerces au détail et parcs extérieurs à partir de la fin mai. La réouverture des écoles primaires et services de garde à partir du 11 mai ne semble pas avoir eu d'impact sur la courbe épidémique ni sur le mode d'acquisition de l'infection des enfants. Globalement, les résultats sont compatibles avec ce que l'on retrouve dans la littérature scientifique eu égard à la fréquence, la sévérité, la présentation clinique et le mode d'acquisition de la maladie dans les populations pédiatriques durant la première vague de la pandémie (2).

Références

1. L'ensemble des évènements et mesures liés à la COVID-19 en ordre chronologique. [INSPQ.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps](https://inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps). Dernière mise à jour : 12 novembre 2020. Consulté le 16 novembre 2020.
2. Comité sur les mesures populationnelles. Revue rapide de la littérature scientifique – COVID-19 parmi les enfants : facteurs de risque d'infection sévère et potentiel de transmission. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec. 2020. 56 pages. No de publication : 3007.
3. Abdullah F, Zhang Y, Lardaro T, et *al.* Analysis of 23 million US hospitalizations: uninsured children have higher all-cause in-hospital mortality. *Journal of Public Health* 2009, vol 32, no 2, pp. 236-244.

Annexe - Définition des variables

Cas : individus avec une confirmation en laboratoire ou par lien épidémiologique de la COVID-19.

Date de confirmation : la date du prélèvement pour les cas confirmés en laboratoire et la date de déclaration pour autres cas ; la date de déclaration correspond à la date de réception de la déclaration par la Direction régionale de santé publique ou, si absente, à la date de l'enquête épidémiologique ou, si absente, à la date de saisie dans le système d'information (<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/methodologie>).

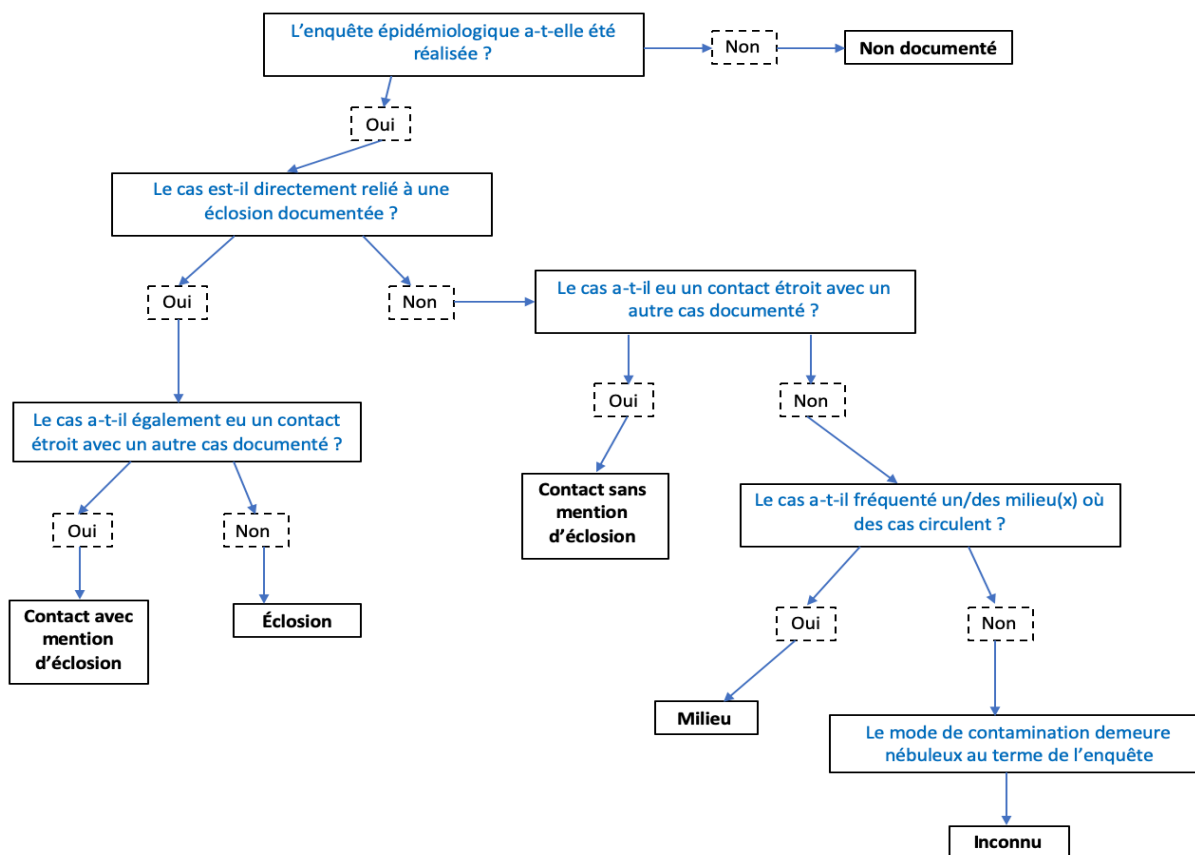
Hospitalisation : séjour en centre hospitalier sans passage dans une unité de soins intensifs selon le fichier V10 (donc selon les informations recueillies lors de l'enquête de la Santé publique puis enrichies par un jumelage à la base de Med-Écho - transmission préliminaire), sans distinction possible entre les cas où la COVID-19 entraîne l'hospitalisation et ceux où l'hospitalisation mène la détection de la COVID-19.

Séjour aux soins intensifs : séjour en centre hospitalier avec passage dans une unité de soins intensifs (avec ou sans ventilation mécanique) selon le fichier V10 (donc selon les informations recueillies lors de l'enquête de la Santé publique puis enrichies par un jumelage à la base de Med-Écho - transmission préliminaire), sans distinction possible entre les cas où la COVID-19 entraîne l'hospitalisation et ceux où l'hospitalisation mène la détection de la COVID-19. Les séjours avec ventilation mécanique dans une unité spéciale COVID-19 ont été considérés comme un séjour aux soins intensifs.

Cas confirmé en laboratoire : individu chez qui un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur un écouvillon naso-pharyngé a détecté le SRAS-CoV-2.

Cas confirmé par lien épidémiologique : individu, sans TAAN disponible au moment de l'enquête, qui a développé des symptômes compatibles avec la COVID-19 à la suite d'une exposition à risque élevé (même logis, partenaire intime, soignant, en contact avec liquides biologiques) avec un cas confirmé en laboratoire.

Source la plus probable de la contamination au SRAS-CoV-2 : à partir de toutes les informations recueillies lors de l'enquête sur les contacts sociaux, déplacements et activités de la personne, modalité la plus vraisemblable suivant laquelle elle a contracté l'infection. Cette variable compte 6 catégories mutuellement exclusives :



Lieu du contact : endroit où le contact avec un autre cas documenté s'est vraisemblablement produit, applicable seulement aux cas où la source de contamination est « Contact avec mention d'éclosion » ou « Contact sans mention d'éclosion ». La variable compte 5 catégories (à la maison, en garderie ou à l'école, au travail, en milieu de soins, ailleurs).

Milieu de contamination : environnement où l'on soupçonne que l'infection a été acquise, applicable seulement aux cas où la source de contamination est « Milieu ». La variable compte 2 catégories, soit un environnement statique (familial, garderie, école, travail, milieu de soins) ou un environnement dynamique (transports en commun, voyage).

Symptômes rapportés : symptômes cochés parmi une liste de symptômes proposés ou symptômes auto rapportés (mention de symptômes autres que l'interviewer enregistre manuellement). Dans le présent rapport, les symptômes auto rapportés ont été combinés dans la catégorie « autres symptômes ».

Âge : stratifié en 5 catégories, soit 0-< 1, 1-4, 5-9, 10-14 et 15-17 ans.

Sexe : stratifié en 3 catégories soit garçon, fille, inconnu.

Conditions de santé préexistantes : conditions de santé préexistantes à l'infection cochées parmi une liste de conditions de santé proposées, puis dichotomisée (présent, absent).

Semaine : semaines délimitées du dimanche au samedi suivant le *Center for Disease Control* (CDC). La semaine CDC 9 va du dimanche 23 au samedi 29 février 2020 et ainsi de suite pour les semaines subséquentes.

Portrait de la COVID-19 parmi les enfants du Québec du 23 février au 11 juillet 2020

AUTEURES

Linda Perron
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Geneviève Deceuninck
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Catherine Cyr
Claudia Vincent-Boulay
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Élise Fortin
Marilou Kiely
Isabelle Rouleau
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION DE

Marie-Claude Gariépy, chef de secteur
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Éric Pelletier, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

MISE EN PAGE

Sylvie Muller
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-88141-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 3081

**Institut national
de santé publique**

Québec 