

# DECLARATION DE L'ASPHER/EAP SUR LE PORT DU MASQUE CHEZ LES ENFANTS

Version française - FR

JUIN 2020 – Version 2



## Auteurs:

Henrique Lopes (Correspondant)  
Unité de Santé Publique, ICS/UCP  
Palma de Cima  
1649-023 Lisbonne, Portugal  
Email: [henrique.lopes@ucp.pt](mailto:henrique.lopes@ucp.pt)  
Numéro de téléphone: +351 962 499 020

Ann De Guchtenaere  
Secrétaire générale, EAP  
Adamos Hadjipanayis  
Président, EAP

John Middleton (Correspondant)  
Président, ASPHER  
Email: [john.middleton@aspher.org](mailto:john.middleton@aspher.org)

**URL:** <https://www.aspher.org/aspher-statement-masks.html>

**Citation recommandée: Lopes H, Middleton J, De Guchtenaere A, Hadjipanayis A. Déclaration de l'ASPHER/EAP sur le port du masque chez les enfants [ASPHER/EAP Statement on the Use of Masks by Children]. ASPHER (2020). DOI: 10.13140/RG.2.2.17790.61762**

Si vous souhaitez accéder à un rapport approfondi sur l'état des connaissances concernant l'utilisation des masques ainsi que des recommandations stratégiques sur leur utilisation pour prévenir la transmission virale, consulter la publication suivante : Lopes H, Middleton J, Martin-Moreno JM, et al. Strategic use of masks as an element of a non-pharmaceutical measures set for

L'Association des écoles de santé publique de la région européenne (ASPHER) suit le principe selon lequel toute action en santé publique doit être fondée sur des preuves scientifiques, il s'agit du le seul moyen de garantir les meilleurs soins de santé aux populations. Une autre déclaration rédigée par ASPHER (accessible au lien suivant : <https://www.aspher.org/aspher-statement-masks.html>) a déjà été consacrée à l'utilisation des masques et des appareils respiratoires de façon générale [1]. Cependant, les particularités de l'utilisation des masques chez les enfants, dans un contexte d'un port obligatoire des masques dans de nombreuses situations pendant la période de confinement, a conduit ASPHER à prendre position étant donné les difficultés à vérifier son utilisation dans le monde entier. Si l'utilisation de masques et d'appareils respiratoires chez l'adulte fait déjà consensus dans presque tous les pays et pour des situations dans lesquelles ils sont recommandés, l'ASPHER s'est penchée avec attention sur les recommandations de leur utilisation pour les enfants ; même si elle reconnaît sans équivoque les avantages. Cependant, des mesures doivent être prises de toute urgence pour assurer aux enfants le même niveau de protection que les adultes.

Les points suivants ont été mis en évidence :

1. **Les masques peuvent fournir le même niveau de protection à un enfant qu'à un adulte, dans le contexte du COVID-19.** Par conséquent, l'utilisation de masques doit être envisagée sans hésitation dans les mêmes conditions. Cependant, il ne faut pas oublier que, pour différentes raisons, les masques offrent des niveaux de protection différents, mesurée grâce à l'échelle IQR [2], avec un degré de protection moindre chez l'enfant par rapport à l'adulte.

2. Bien que la fabrication de masques de taille appropriée pour les enfants existe, **leur disponibilité est rare même dans les établissements hospitaliers et ils étaient presque impossibles à obtenir pendant la pandémie**. D'un autre côté, les masques faits maison ou ceux produits par l'industrie du textile peuvent avoir des tailles appropriées aux enfants et s'adapter à la demande.

En milieu hospitalier, contrairement aux autres appareils médicaux, une seule taille de masque est disponible – celle de l'adulte. N'ayant ni la dimension cohérente ni l'ergonomie requise, il est probable d'observer une perte d'efficacité, un inconfort accru, une diminution de l'adhérence et de son utilisation par l'enfant dans des règles de conformité, etc. Pour cette raison, les masques de taille enfant doivent être mis à disposition de manière cohérente, tout en tenant compte des contraintes de conception. Un financement apparaît également nécessaire pour conduire des études visant à mesurer l'adhérence et l'efficacité du masque au sein d'une population pédiatrique.

3. En ce qui concerne le matériau utilisé et l'ergonomie des masques pour les enfants, ces matériaux doivent respecter certains principes de base :
- Seuls les masques à bandes élastiques doivent être utilisés.** Les masques à lacets sont beaucoup plus difficiles à attacher et ne conviennent pas aux enfants.
  - L'ergonomie du masque est également un élément essentiel dont il faut tenir compte.** La fonction optimale d'un masque est obtenue lorsque l'air ne peut pas traverser le tissu. Un masque trop grand laisse l'air traverser par les côtés, réduisant ainsi son efficacité.
  - Le design des matériaux utilisés est très important.** Des études conduites en pédiatrie démontrent que les enfants sont davantage réceptifs aux matériaux décorés de dessins animés et d'images de l'univers des enfants. Cela est également vrai pour les masques, car les enfants réagissent beaucoup mieux lorsque ceux-ci sont fabriqués à partir de tissus décorés d'images de dessins animés par comparaison aux masques chirurgicaux.
  - Comme déjà mentionné ci-dessus, **les masques qui correspondent à la taille de la tête des enfants font défaut.** Cette question est particulièrement importante en raison des dimensions de tête et de formes différentes selon les groupes d'âge.

- e. Dans les quelques études s'intéressant à ce sujet, **les enfants se plaignent principalement de la chaleur et de l'humidité** induites par les masques [3,4].
4. De nombreux fabricants ont mis au point des solutions de protection en forme de chapeau pour enfant (un chapeau avec des protections en plastique à 360° autour de la tête de l'enfant, couvrant les épaules). Il s'agit d'une solution très intéressante particulièrement pour les enfants âgés entre 2 et 6 ans. **Cependant, il faut garder à l'esprit qu'elle ne remplace pas exactement le masque pour différentes raisons :**
- Le port du masque dans le contexte de COVID-19 a principalement une fonction de protection pendant la phase asymptomatique [5,6].
  - Le port du chapeau à visière peut quant à lui protéger l'enfant des gouttelettes, mais comme pour les écrans en plastique transparent utilisés par les adultes, aucune preuve scientifique n'a montré qu'il protégeait les autres personnes.
  - La protection contre l'entrée directe de gouttelettes est en partie perdue puisque les gouttelettes infectées par le SRAS-COV-2 peuvent rester déposées pendant des heures ou des jours sur du plastique. Etant à portée des mains de l'enfant, c'est une surface qui peut être facilement touchée.
5. **Pour les enfants, les masques introduisent une dimension psychologique** qui, contrairement aux adultes, doit être comprise suivant une double approche (physique et psychologique). Il est important d'aborder les problèmes liés à la fois aux masques utilisés par les enfants ainsi qu'à ceux utilisés par les adultes avec lesquels ils vivent. La reconnaissance des membres de la famille et des proches passe essentiellement par la reconnaissance faciale. Chez les très jeunes enfants (moins de 4 ans), la peur est souvent ressentie envers la personne portant un masque. Par conséquent, une formation apparaît nécessaire pour les personnes portant des masques qui sont en contact étroit avec les enfants. Par exemple, il est utile de jouer avec l'enfant en enfilant et en retirant successivement le masque, transformant ainsi cet apprentissage en un jeu avec enfant.

6. **Comme pour les adultes, l'adoption d'une politique obligatoire du port du masque par les enfants doit s'accompagner d'une formation à son utilisation pour bien le positionner et l'enlever correctement [7].** Les enfants ont tendance à avoir davantage de contacts physiques entre eux que les adultes eux-mêmes, à avoir plus de contacts avec certaines surfaces, à toucher leur visage avec moins de prudence, etc. Par conséquent, le risque d'une mauvaise utilisation des masques peut compromettre le bénéfice apporté par le port du masque [8]. Il faut également rappeler que si l'utilisation du masque n'est pas conforme aux recommandations, cela n'est pas forcément lié à un échec dans le concept du port de masques, mais à un échec dans la formation des personnes chargées de fournir les masques à l'enfant.
  
7. **Seuls les masques doivent être envisagés pour les enfants.** Les appareils de protection respiratoire (FFP2 / FFP3 (N95)) ne doivent pas être utilisés par les enfants pour les raisons suivantes :
  - a. Les appareils de protection respiratoire sont moins confortables, ce qui entraîne un respect des règles d'utilisation moindre.
  - b. Il n'y a pas non plus d'appareils de protection respiratoire adaptés aux enfants [9] et ils sont moins malléables et flexibles; ces matériaux ont une efficacité moindre lorsqu'une taille mal ajustée est utilisée.
  - c. Les appareils de protection respiratoire ont été conçus pour les professionnels, et non pour être utilisés par des enfants dans un contexte social.
  
8. **Si l'on envisage le port du masque par les enfants, il est nécessaire de distinguer au moins quatre groupes d'âge :**
  - a. 0-2 ans. Aucun avantage n'a été mis en évidence quant à son utilisation et bien qu'aucune littérature n'ait encore été publiée à ce sujet, des recommandations contre le port du masque pour les enfants de ce groupe d'âge ont récemment été formulées par la Société japonaise de pédiatrie, le CDC, Centers for Disease Control and Prevention et l'Académie américaine de pédiatrie [10,11] en raison de risques possiblement associés.
    - i. Des exceptions peuvent être rencontrées lorsqu'un enfant se rend à l'hôpital au sein duquel des patients sont hospitalisés pour une infection au COVID-19 ou bien dans toutes situations où l'enfant serait

exposé à un risque élevé de contagion. Même dans ces situations, il est préférable d'évaluer les bénéfices et les pertes associés non seulement à une contamination potentielle, mais également aux difficultés psychologiques que l'enfant peut rencontrer en lien avec le confort, etc. La décision d'exiger le port du masque ne doit pas dépendre uniquement du Service pédiatrique hospitalier.

- ii. Pour les enfants prostrés, le port du masque est beaucoup plus facile et leur réticence sera naturellement réduite. Cette situation constitue un signe clinique qui peut nécessiter le renforcement de la protection de l'enfant et la décision de porter ou non un masque doit être prise par le médecin traitant.
  - iii. Il est important de rappeler que l'enfant à cet âge risque d'enlever son masque. De plus, le port du masque peut occasionner chez lui des difficultés respiratoires en raison des multiples couches de tissu nécessaires à la fabrication du masque suivant les recommandations énoncées par le CDC [9].
- b. 3-4 ans. Concernant les enfants de ce groupe d'âge, l'expérience démontre qu'ils sont moins réfractaires au port du masque. Cependant, ils sont souvent effrayés lorsqu'ils entrent en contact avec des adultes qui portent cet équipement, les pleurs étant fréquents dans ces situations.
- i. Le port du masque doit être recommandé voire imposé à chaque fois que l'enfant se rend à l'hôpital ou dans tout autre milieu clinique.
  - ii. Les parents ou les tuteurs des enfants jouent un rôle crucial dans l'apaisement, la déconstruction des peurs de l'enfant ainsi que dans son accompagnement. La meilleure approche pour y parvenir est de jouer avec le masque en compagnie de l'enfant. Le design du masque de l'enfant est également un élément déterminant pour son acceptation. De plus, pour les enfants de ce groupe d'âge, il est essentiel d'utiliser uniquement des masques avec des élastiques.
- c. 5-6 ans.
- i. L'approche décrite ci-dessus pour les enfants de 3 à 4 ans s'applique également pour les enfants de ce groupe d'âge même si les pleurs et autres manifestations de peur sont beaucoup moins fréquents. Afin de garantir une utilisation appropriée du masque, on peut commencer par

fournir des instructions sur le respect des règles d'utilisation, la non-manipulation, etc.

d. A partir de 6 ans.

i. Le port du masque est très similaire à celui de l'adulte.

ii. La communication sur l'utilisation du masque, son positionnement sur le visage, sa destruction, etc. doit être adaptée aux besoins pédagogiques de chaque tranche d'âge, comme notamment la forme et le niveau de détails utilisés pour présenter les instructions (plus ou moins dépendantes du graphisme). Les instructions devraient être notamment différenciés selon les groupes d'âge suivant :

1. 6-10 ans.

2. 11-14 ans.

3. Plus de 14 ans.

**9. Le port du masque par l'enfant et l'attention portée à une bonne utilisation sont directement liés à l'éducation de leurs parents [12].**

a. Cela signifie que le degré de protection de chaque enfant est fortement associé aux inégalités sociales. Les écarts entre groupes sociaux peuvent varier de 1 à 3 concernant la conformité d'utilisation du masque.

b. Tous les enfants devraient bénéficier du soutien des enseignants, tout particulièrement pour les familles présentant un niveau d'éducation moins élevé.

c. Idéalement, les parents devraient également recevoir une formation de l'école grâce à un partenariat éducatif entre l'école et les parents.

**10. Comme pour les adultes, le masque ne devra être considéré ni comme « un outil magique » ni comme une solution unique pour se protéger du COVID-19.** Comme déjà mentionné dans la déclaration sur l'utilisation des masques chez l'adulte [1], cet appareil de protection devrait toujours être combiné avec d'autres mesures pharmaceutiques (NPMS) et être intégré dans le cadre plus large du système d'hygiène.

11. Chaque enfant est unique. **Ainsi, la relation entre le niveau de handicap et l'obligation du port d'un masque doit être analysée au cas par cas.** Il faut tenir compte de la protection efficace qu'offre la bonne utilisation du masque au regard de la perte de capacités cognitives, émotionnelles et relationnelles, parmi d'autres dimensions de la vie de l'enfant et de sa famille. Il faut veiller à ce que l'enfant ne perde pas de droit en tant que citoyen à cause d'un état de santé qui lui poserait des difficultés ou l'empêcherait de porter un masque : à savoir une liberté de mouvement identique à ses pairs non malades, ni ne fasse l'objet de sanctions pour n'avoir pas respecté l'obligation du port du masque.

12. **Une attention particulière doit être apportée suite à la décision de faire porter des masques aux enfants en situation de handicap [13].** Trois groupes se distinguent :

- a. Ceux pour lesquels les masques peuvent limiter la relation de l'enfant avec le monde. Dans la majorité des cas, il s'agit ici des enfants atteints de surdité où la langue des signes fait partie de leur système de communication. Le port du masque peut alors limiter ou entraver ce processus essentiel de socialisation ; aussi, dans un souci d'équilibre entre diminution du risque de contagion et perte de communication, l'impact effectif pour l'enfant doit être soigneusement analys e. Le risque de contagion est probabiliste et le risque de perte de communication est une certitude.
- b. Les enfants pour lesquels les problèmes de santé favorisent une dégradation rapide du masque. De nombreux syndromes favorisent une bave continue et abondante, ce qui entra ene une modification de la perméabilité du masque, une augmentation potentielle de l'effort respiratoire et un inconfort important pour l'enfant. Dans ces cas, il est recommand e de ne pas imposer le port du masque. De plus, les enfants se trouvant dans cette situation peuvent voir leurs droits de citoyen limit es, comme l'utilisation des transports publics, l'entrée dans les magasins et autres espaces qui nécessitent le port d'un masque.
- c. Ceux qui, à cause de troubles mentaux, ne sont pas favorables au port de masques. La situation la plus fréquemment rencontrée, mais il ne s'agit pas de la seule : celle des enfants autistes. Obliger ces enfants à porter le masque peut mettre en danger des mois voire des années de soutien pédagogique,

l'inclusion sociale, la perte de confiance envers les personnes travaillant sur l'autisme de cet enfant, etc. Il n'est pas non plus acceptable que ces enfants soient pénalisés pour cela. Une solution possible pourrait être d'utiliser des visières, si possible. Ces enfants pourraient également manifester une réaction négative à l'égard des professionnels qui travaillent avec eux et dont le visage n'est pas visible. De même, l'utilisation d'une visière apparaît comme une alternative satisfaisante [14].

Cette déclaration est basée sur l'analyse du peu de littérature actuellement disponible sur l'utilisation du masque par les enfants comme appareil de protection contre les maladies infectieuses. Afin de d'améliorer notre compréhension de la problématique et de proposer des recommandations les plus adéquates possibles, des entretiens ont été conduits auprès d'infirmières et de médecins exerçant dans les services de pédiatrie à l'hôpital. Le peu d'études disponibles démontre clairement la nécessité de conduire des recherches complémentaires sur ce sujet.

**Remerciements:** Les auteurs tiennent à remercier Robert Otok et Lore Leighton du secrétariat de l'ASPHER ainsi que Diogo Franco du secrétariat scientifique de l'USP-ICS-UCP pour leur soutien apporté pour la rédaction de cette déclaration.



**Traduction:** Ce document a été traduit par Séverine Deguen, Ecole des Hautes études en Santé Publique (EHESP), INSERM, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique.

### Références bibliographiques:

1. Lopes H, Middleton J. ASPHER STATEMENT ON THE STRATEGIC USE OF MASKS. 2020; Available from: <https://www.aspher.org/aspher-statement-masks.html>
2. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. PLoS One. 2008;3(7):3–8.
3. Suess T, Remschmidt C, Schink S, Luchtenberg M, Haas W, Krause G, et al. Facemasks and intensified hand hygiene in a German household trial during the 2009/2010 influenza A(H1N1) pandemic: Adherence and tolerability in children and adults. Epidemiol Infect. 2011;139(12):1895–901.
4. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, Schweiger B, Nitsche A, Schroeder K, et al. The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: Results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011. BMC Infect Dis. 2012;12:1–16.
5. Howard J, Huang A, Li Z, Tufekci Z, Zdimal V, Westhuizen H-M van der, et al. Face Masks Against COVID-19: An Evidence Review. Preprints. 2020;(April):1–8.
6. Royal Society DELVE Initiative. Face Masks for the General Public [Internet]. 2020 [cited 2020 May 26]. Available from: <https://rs-delve.github.io/reports/2020/05/04/face-masks-for-the-general-public.html>
7. Esposito S, Principi N. To mask or not to mask children to overcome COVID-19. Eur J

Pediatr. 2020;27:9–12.

8. ECDC. Using face masks in the community Reducing COVID-19 transmission from potentially asymptomatic or pre-symptomatic people through the use of face masks [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf>
9. Desai AN, Mehrotra P. Medical Masks. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;323(15):1517–8.
10. CDC. How to safely wear and take off a cloth face covering [Internet]. 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/cloth-face-covering.pdf>
11. American Academy of Pediatrics. Cloth Face Coverings for Children During COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 26]. Available from: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children-During-COVID-19.aspx>
12. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Hand hygiene, mask-wearing behaviors and its associated factors during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional study among primary school students in Wuhan, China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(8).
13. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance, 5 June 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332293>
14. Kornack J, Williams A, Johnson KA, Mendes EM. Reopening the Doors to Center-Based ABA Services: Clinical and Safety Protocols during COVID-19. Preprint. 2020;

L'Association des écoles de santé publique de la région européenne (ASPHER) est la principale organisation européenne indépendante qui se consacre au renforcement du rôle de la santé publique en améliorant l'éducation et la formation des professionnels de la santé publique. Plus de 100 écoles et programmes de santé publique sont membres de l'ASPHER représentant plus de 40 pays en Europe et au-delà.

L'Académie européenne de pédiatrie (EAP) existe pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes en Europe. Elle vise à améliorer les normes en matière de formation, de service et de recherche et à représenter les intérêts professionnels des pédiatres dans l'UE. Elle intègre la section de pédiatrie de l'Union européenne des médecins spécialistes et a donc une influence au sein de l'espace politique pour défendre les enfants et les jeunes ainsi que la profession.

# LE PORT DU MASQUE CHEZ LES ENFANTS

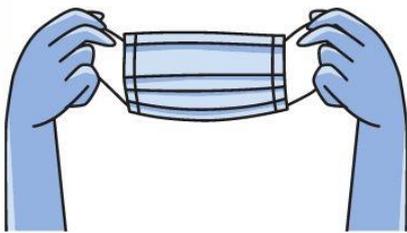


## LE MASQUE, UNE PROTECTION POUR LES ENFANTS

Les masques peuvent apporter le même niveau de protection aux enfants et aux adultes dans des conditions d'utilisation similaires.

## DISPONIBILITÉ DES MASQUES POUR ENFANTS

Sur le marché, peu de masques de tailles et de formes ergonomiques adaptées aux enfants sont disponibles; il est très difficile de les acquérir. Ceci pointe combien il devient nécessaire de mettre au point des équipements de protection adaptés aux besoins.



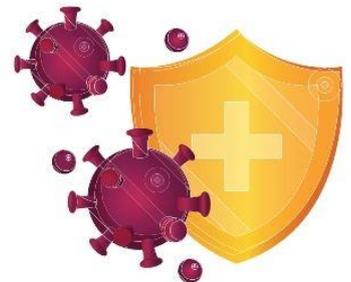
## ERGONOMIE DES MASQUES

Les masques conçus dans des matériaux décoratifs sont plus attrayants pour les enfants. De plus, La dimension ergonomique étant fondamentale dans sa conception, seuls les masques avec des bandes élastiques doivent être utilisés par les enfants.

Les principales plaintes concernant l'utilisation du masque sont la chaleur et l'humidité.

## LA PROTECTION PLASTIQUE, LE CHAPEAU A 360°

Les boucliers en forme de chapeau plastique ont été conçus comme une alternative pertinente pour assurer la protection des enfants. Il ne doit cependant pas se substituer à l'utilisation de masques.



## DIMENSION PSYCHOLOGIQUE DES MASQUES

Une combinaison de la dimension physique et psychologique doit être considérée dans l'utilisation des masques chez les enfants.

## PROGRAMME DE FORMATION SUR L'UTILISATION DES MASQUES

Comme pour les adultes, l'adoption d'une politique d'obligation du port du masque par les enfants devra être accompagnée par une formation visant à optimiser une bonne utilisation de celui-ci et à sa destruction/son nettoyage.



# LE PORT DU MASQUE CHEZ LES ENFANTS

## LES APPAREILS RESPIRATOIRES VERSUS LES MASQUES

Les masques sont les seules protections à utiliser par les enfants et les appareils respiratoires (FFP2 et FFP3 - N95) ne doivent, quant à eux, pas l'être.

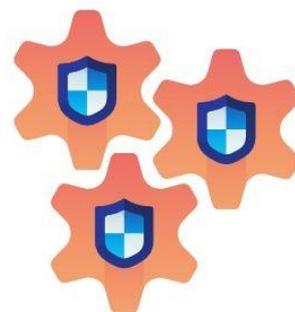


## ÉDUCATION DES PARENTS POUR UN RESPECT OPTIMAL DES REGLES D'UTILISATION DES MASQUES

L'utilisation correcte des masques par les enfants est directement associée au niveau d'éducation de leurs parents. Ainsi, les écoles et les organisations éducatives devraient s'engager dans des programmes de formation pour les enfants et les parents afin de réduire les inégalités sociales.

## LE PORT DU MASQUE INTEGRE DANS UN ENSEMBLE DE MESURES NON PHARMACEUTIQUES

Comme chez l'adulte, l'utilisation du masque ne doit être considérée ni comme un outil magique ni comme une solution unique de protection contre le COVID-19.



## PORT DU MASQUE ET SITUATION DE HANDICAP

Chaque enfant est unique. La relation entre le niveau de handicap et l'obligation du port d'un masque doit être analysée au cas par cas.

Il faut tenir compte de la protection qu'offre la bonne utilisation du masque au regard de la perte de capacités cognitives, émotionnelles et relationnelles, parmi d'autres dimensions de la vie de l'enfant et de sa famille.

## UNE ATTENTION PARTICULIÈRE CONCERNANT LE PORT DU MASQUE POUR DES GROUPES SPÉCIFIQUES

Une attention particulière doit être apportée suite à la décision de faire porter des masques aux enfants en situation de handicap. Trois groupes se distinguent:

- Ceux pour lesquels le port du masque limite la relation de l'enfant avec le monde (ex : la surdité);
- Les enfants pour lesquels les problèmes de santé favorisent une dégradation rapide du masque (ex : syndromes favorisant une bave continue et abondante);
- Ceux qui, à cause de troubles mentaux, ne sont pas favorables au port de masques (ex : autisme).



# LE PORT DU MASQUE CHEZ LES ENFANTS

## IL Y A DIFFÉRENTES DIMENSIONS À CONSIDÉRER POUR LE PORT DU MASQUE SELON LES GROUPES D'ÂGE



### 0-2 ANS

Aucun avantage n'a été mis en évidence pour les enfants de ce groupe d'âge portant un masque.

Les dimensions différentes de la tête des enfants à cet âge et la réticence qu'ils expriment à porter un masque peuvent limiter le bénéfice à les protéger.

### 3-4 ANS

Les enfants de cet âge présentent une plus grande adhésion au port du masque, mais ils restent souvent apeurés par la présence d'adultes qui le portent ; comme en témoignent les pleurs plus fréquents dans ces situations.



### 5-6 ANS

Les aspects abordés chez les 3-4 ans restent valables pour ce groupe d'âge. Cependant, les pleurs et les autres manifestations de craintes sont moins fréquentes.

### PLUS DE 6 ANS

Le port du masque est très similaire à celle de l'adulte.

La communication concernant le port du masque doit être adaptée aux besoins pédagogiques de chaque groupe d'âge (par exemple 6-10 ans; 11-14 ans; plus de 14 ans).

