

Conseils sur le port du masque par les enfants dans la communauté dans le cadre de la pandémie de COVID-19

Annexe des Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19

21 août 2020



Objet des orientations

Le présent document contient les orientations destinées aux décideurs et aux professionnels de la santé publique et de la santé de l'enfant pour l'élaboration de politiques relatives au port du masque par les enfants dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Il ne traite ni du port du masque par les adultes qui travaillent avec des enfants ou par les parents/tuteurs ni du port du masque par les enfants dans des lieux où sont dispensés des soins de santé. Ces orientations provisoires seront révisées et mises à jour à la lumière des nouvelles données factuelles qui seront disponibles.

Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) formulent des conseils sur le port du masque sur la base d'une approche fondée sur le risque, dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions de santé publique susceptibles d'endiguer la transmission de certaines maladies respiratoires virales, y compris la COVID-19. Il est essentiel de respecter d'autres mesures, y compris la distanciation physique, l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire et une ventilation adéquate des espaces intérieurs, pour réduire la propagation du SARS-CoV-2, virus responsable de la COVID-19.

On trouvera dans les présentes orientations des considérations spécifiques concernant le port de masques non médicaux, également appelés masques en tissu, par les enfants comme moyen de limiter la contamination à la source dans le cadre de la pandémie actuelle de COVID-19. Ces orientations sont une annexe du document intitulé *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19*¹ publié par l'OMS, dans lequel figurent des renseignements supplémentaires sur les masques en tissu. Dans cette annexe, le port de masques médicaux par les enfants est également conseillé dans certains cas. Aux fins des présentes orientations, on entend par « enfant » toute personne de moins de 18 ans².

Élaboration des présentes orientations : méthodologie

Le Groupe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse, ainsi que des experts de l'UNICEF et de l'Association internationale de pédiatrie (IPA) ont analysé conjointement les données disponibles afin d'élaborer des orientations relatives au port du masque par les enfants dans le cadre de la pandémie actuelle. Cinq réunions internationales d'experts ont été organisées entre juin et août 2020. Faute de données scientifiques solides, le consensus dégagé des réunions de ces groupes constitue la base principale des présentes orientations. En outre, le projet d'orientations a été passé en revue par un groupe multidisciplinaire composé d'autres experts externes avant que la version définitive ne soit établie.

Données disponibles

Transmission de la COVID-19 chez l'enfant

À l'heure actuelle, le rôle des enfants dans la transmission du SARS-CoV-2 n'est pas entièrement compris. Selon la base de données mondiale de surveillance de l'OMS sur les cas confirmés en laboratoire recensés grâce aux formulaires de notification des cas renvoyés à l'OMS par les États Membres³ et d'autres études, les enfants représenteraient 1 à 7 % des cas de COVID-19 et le nombre de décès d'enfants est relativement faible par rapport à d'autres groupes d'âge⁴⁻⁸. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a publié récemment des informations sur la répartition par âge de la COVID-19 chez l'enfant dans l'Union européenne/Espace économique européen (EEE) et au Royaume-Uni ; selon ce rapport, au 26 juillet 2020, 4 % de tous les cas dans l'UE/EEE et au Royaume-Uni étaient des enfants⁶.

À ce jour, les données disponibles indiquent que la plupart des cas signalés chez les enfants résultaient d'une transmission au sein des ménages, mais cette observation a pu être influencée par la fermeture des écoles et d'autres mesures de confinement mises en œuvre par certains pays^{7,9}. Bien que le virus adapté à la culture cellulaire ait été isolé chez des enfants symptomatiques présentant des niveaux de charge virale semblables à ceux des adultes¹⁰, les données probantes présentées dans les études disponibles sur les personnes ayant été en contact avec des cas de COVID-19 et dans les études sur les foyers épidémiques montrent qu'il est peu probable que les enfants soient les principaux facteurs de transmission de la COVID-19^{7,9 11-14}. À ce jour, la transmission attestée chez les enfants et le personnel dans les milieux éducatifs est limitée¹⁵⁻²⁰. Il existe également peu de données probantes sur la prévalence de l'infection au SRAS-CoV-2 chez les enfants, telle que mesurée dans le cadre d'études de séroépidémiologie. Cependant, les données disponibles indiquent que la séroprévalence semble être plus faible chez les jeunes enfants que chez les enfants plus âgés et les adultes^{17,21-25}.

Les études sur la charge virale et la durée de l'excrétion virale du virus infectieux chez l'enfant par rapport à l'adulte sont également peu nombreuses. Une étude publiée montre que la charge virale chez les patients infectés peut varier selon l'âge et que chez les enfants symptomatiques, la durée d'excrétion virale est plus longue que chez les enfants asymptomatiques²⁵. Certaines études montrent que chez les enfants de moins de cinq ans, les quantités d'ARN viral dans les sécrétions respiratoires et les selles étaient plus faibles que chez les écoliers, les adolescents et les adultes^{26,27}. Cependant, une étude réalisée aux États-Unis d'Amérique montre que les quantités d'ARN viral dans les prélèvements effectués au niveau des voies respiratoires supérieures étaient plus élevées chez les enfants de moins de cinq ans atteints de formes légères à modérées de la COVID-19 que chez les enfants plus âgés et les adultes²⁸, tandis qu'une étude prépubliée (non évaluée par des pairs) effectuée en Allemagne n'a signalé aucune différence en ce qui concerne la quantité d'ARN viral chez les adultes et les enfants²⁹.

En résumé, le rôle de l'âge, indépendamment des symptômes, sur la charge virale et la transmission n'est pas bien compris.

Données disponibles sur le port du masque par les enfants contre la COVID-19 et d'autres maladies respiratoires

Il existe peu de données probantes sur les avantages et les effets nocifs du port du masque par les enfants pour atténuer la transmission de la COVID-19 et d'autres coronavirus. Cependant, des études ont été effectuées sur l'évaluation de l'efficacité du port du masque par les enfants pour la grippe et d'autres virus respiratoires³⁰⁻³⁴. Une étude sur le port du masque lors de flambées saisonnières de grippe au Japon a montré que le port du masque était plus efficace chez les écoliers plus âgés (de 9 à 12 ans) que chez les moins âgés (de 6 à 9 ans)³⁴. Une autre étude, menée dans des conditions de laboratoire et dans laquelle les virus utilisés n'étaient pas des bêta-coronavirus, a indiqué que les enfants de cinq à 11 ans étaient significativement moins protégés par le port du masque que les adultes, probablement en raison d'un mauvais ajustement du masque³⁵. D'autres études ont montré que, dans le cas de la grippe, le port du masque avait un certain effet protecteur sur la lutte à la source³⁰ et sur la protection chez l'enfant³⁴, bien que globalement, le port du masque en permanence soit peu respecté, en particulier chez les enfants de moins de 15 ans.

Certaines études, y compris des études portant sur la grippe et la pollution atmosphérique, montrent que le port du masque et son acceptabilité étaient très variables chez les enfants, allant de niveaux très faibles à des niveaux acceptables et diminuant à mesure que la durée pendant laquelle le masque est porté s'allonge^{30,31,33,36-38}. Une étude réalisée auprès d'enfants de l'école primaire pendant l'épidémie de COVID-19 a montré que 51,6 % d'entre eux respectaient les consignes et portaient un masque.³¹

Plusieurs études ont montré que des facteurs tels que la chaleur, les irritations, les difficultés respiratoires, l'inconfort, la distraction, la faible acceptabilité sociale et le mauvais ajustement du masque avaient été signalés par les enfants^{30,33,36,37}. L'efficacité et les incidences des masques pour les enfants pendant le jeu et l'activité physique n'ont pas encore fait l'objet d'études ; cependant, une étude sur des adultes a montré que le respirateur N95 et les masques chirurgicaux réduisaient la capacité cardiopulmonaire pendant un effort intense³⁹.

Principales conclusions

Selon le peu de données dont on dispose, il se peut que les jeunes enfants aient une sensibilité à l'infection plus faible que les adultes^{11,14}, mais les données disponibles indiquent des variations selon l'âge des enfants^{17, 21-25}. Les données d'études sur la séroépidémiologie et la transmission indiquent que les enfants plus âgés (p. ex. les adolescents) peuvent jouer un rôle plus actif dans la transmission que les enfants plus jeunes.^{11,14,17, 21-25}

Les avantages, pour les enfants, du port du masque pour limiter la contamination par la COVID-19 devraient être évalués par rapport aux dommages potentiels associés au port du masque, y compris la faisabilité et l'inconfort, ainsi que les préoccupations sociales et les problèmes de communication. Parmi les facteurs à prendre en considération figurent également les groupes d'âge, des considérations socioculturelles et contextuelles, ainsi que la disponibilité d'une supervision par des adultes et d'autres ressources pour prévenir la transmission.

Il est nécessaire d'obtenir des données provenant d'études prospectives de qualité dans différents contextes sur le rôle des enfants et des adolescents dans la transmission du SARS-CoV-2⁴⁰, sur les moyens d'améliorer l'acceptation et le respect des consignes de port du masque et sur l'efficacité du port du masque par les enfants. Il convient d'accorder la priorité à ces études et d'inclure des études prospectives sur la transmission dans les milieux éducatifs et les ménages stratifiées par groupes d'âge (de préférence <2, 2-4, 5-11 et >12 ans) et avec des modèles de prévalence et de transmission différents. Une attention particulière doit être accordée aux études dans les écoles dans des environnements où les ressources sont limitées ou de niveau intermédiaire.

Conseils aux décideurs sur le port du masque par les enfants dans la communauté

Principes directeurs fondamentaux

Compte tenu du nombre limité de données sur le port du masque par les enfants dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ou d'autres maladies respiratoires, y compris sur la transmission du SARS-CoV-2 chez les enfants pour différentes tranches d'âge, l'élaboration de politiques par les autorités nationales doit être guidée par les principes de santé publique et sociaux suivants :

- Ne pas nuire : l'intérêt supérieur de l'enfant, sa santé et son bien-être doivent être au cœur des préoccupations.
- Les orientations ne doivent pas avoir d'incidences négatives sur le développement et les résultats de l'apprentissage.
- Les orientations doivent tenir compte de la possibilité ou non de mettre en œuvre les recommandations dans différents environnements sociaux, culturels et géographiques, y compris ceux où les ressources sont limitées, les milieux humanitaires et pour les enfants handicapés ou présentant des problèmes de santé spécifiques.

Conseils relatifs au port du masque par les enfants

L'OMS et l'UNICEF conseillent aux décideurs d'appliquer les critères suivants pour le port du masque par les enfants lors de l'élaboration de politiques nationales dans des pays ou des régions où la transmission communautaire du SARS-CoV-2 est avérée ou présumée^a et dans des contextes où la distanciation physique ne peut être réalisée.

1. Sur la base des avis d'experts recueillis dans le cadre de réunions en ligne et de consultations, les enfants, jusqu'à l'âge de cinq ans, ne devraient pas porter de masque visant à limiter la contamination à la source. Ce conseil est motivé par une approche fondée sur le principe visant à « ne pas nuire » et tient compte des éléments suivants :
 - stades de développement de l'enfant^{41b}
 - possibilité que la consigne de porter le masque ne soit pas respectée, et
 - autonomie requise pour utiliser un masque correctement.

Les experts (suivant les méthodes décrites plus haut) ont reconnu qu'ils ne disposaient que d'une quantité limitée de données factuelles pour définir l'âge limite (voir ci-dessus, section relative à la transmission de la COVID-19 chez l'enfant) et ont pris cette décision principalement par consensus. Ils se sont notamment fondés sur le fait qu'à l'âge de cinq ans, les enfants ont en général dépassé des stades importants de leur développement, y compris la dextérité manuelle et la motricité fine nécessaires à une utilisation adéquate du masque avec un minimum d'aide.

Dans certains pays, les orientations et les politiques recommandent un âge limite inférieur pour le port du masque⁴²⁻⁴⁵. Il est admis que les enfants peuvent atteindre des stades de développement à des âges différents et que les enfants de moins de cinq ans peuvent avoir la dextérité nécessaire pour utiliser un masque. Sur la base de l'approche visant à ne pas nuire, si l'on veut recommander un âge limite de deux ou trois ans pour le port du masque par les enfants, une supervision appropriée et cohérente, y compris un contact visuel direct par un adulte compétent et le respect de la consigne du port du masque, doit être assurée, surtout s'il est prévu que le port du masque soit imposé pendant une période prolongée. Il s'agit à la fois d'assurer une utilisation correcte du masque et d'éviter à l'enfant tout préjudice potentiel associé au port du masque.

Le port du masque ne doit en aucun cas être rendu obligatoire pour les enfants présentant de graves déficiences cognitives ou respiratoires qui ont du mal à tolérer un masque.

D'autres mesures de lutte anti-infectieuse, de santé publique et de nature sociale doivent être placées au rang des priorités afin de réduire au minimum le risque de transmission du SARS-CoV-2 chez les enfants de moins de cinq ans ; en particulier, le maintien d'une distance physique d'au moins un mètre lorsque cela est possible, la sensibilisation des enfants à l'importance de se laver et désinfecter les mains fréquemment et la limitation du nombre d'élèves par classe dans les écoles. À noter également, d'autres considérations spécifiques, telles que la présence de personnes vulnérables ou d'autres avis médicaux et mesures de santé publique formulés à l'échelle locale, peuvent devoir être prises en considération pour déterminer si les enfants de moins de cinq ans doivent porter un masque.

2. Pour les enfants âgés de six à 11 ans, une approche fondée sur le risque doit être appliquée lors de la décision relative au port du masque. Cette approche doit prendre en considération les éléments suivants :
 - l'intensité de la transmission dans la zone où se trouve l'enfant et les données actualisées/données disponibles sur le risque d'infection et de transmission dans ce groupe d'âge ;
 - l'environnement social et culturel, tel que les croyances, les coutumes, les comportements ou les normes sociales qui influencent les interactions sociales de la communauté et de la population, en particulier vis-à-vis des enfants et entre eux ;
 - la capacité de l'enfant à utiliser correctement le masque et la disponibilité d'une supervision appropriée par des adultes ;
 - les incidences potentielles du port du masque sur l'apprentissage et le développement psychosocial ; et
 - des considérations et adaptations spécifiques supplémentaires relatives à des milieux spécifiques, tels que les ménages hébergeant des parents âgés, les écoles, les activités sportives ou les enfants handicapés ou atteints d'affections sous-jacentes.
3. Les conseils sur le port du masque par les enfants et les adolescents de plus de 12 ans doivent suivre les orientations de l'OMS relatives au port du masque par les adultes¹ et/ou les lignes directrices nationales concernant les masques destinés aux adultes.

Même lorsque des lignes directrices nationales s'appliquent, il convient de donner des précisions sur des considérations spécifiques supplémentaires (voir ci-dessous) et les adaptations à apporter pour des environnements spéciaux tels que les écoles, les activités sportives ou les enfants handicapés ou atteints d'affections sous-jacentes.

^a Définis par l'OMS comme « connaissant des flambées de transmission locale plus importantes, définies à partir de l'évaluation de divers facteurs parmi lesquels, mais sans limitation : des nombres élevés de cas qui ne peuvent pas être reliés à des chaînes de transmission ; des nombres élevés de cas enregistrés par le système de surveillance des laboratoires sentinelles ; et/ou plusieurs groupes de cas sans lien entre eux dans plusieurs endroits du pays/du territoire/de la zone". (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331738/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.6-fre.pdf>)

^b Pour un exemple dans lequel les stades de développement de l'enfant sont pris en considération, tels que définis par les Centers for Disease Control, cliquer sur le lien suivant :

https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf

4. Le port d'un masque médical par les enfants immunodéprimés ou les patients pédiatriques atteints de fibrose kystique ou de certaines autres maladies (telles que le cancer) est généralement recommandé, mais doit être évalué en consultation avec le soignant chargé de l'enfant^{46,47}.

Pour les enfants, quel que soit leur âge, ayant des troubles du développement, un handicap ou d'autres problèmes de santé spécifiques qui pourraient gêner l'utilisation d'un masque, le port du masque ne doit pas être obligatoire et l'éducateur et/ou le soignant doivent évaluer, au cas par cas, s'il s'impose.

Considérations relatives à la mise en œuvre

L'épidémiologie locale et les questions contextuelles, telles que l'intensité de la transmission, la capacité de respecter la distanciation physique ou de mettre en œuvre des mesures de ventilation appropriées dans les espaces intérieurs, le mélange des groupes d'âge et le contact avec d'autres personnes vulnérables, doivent être prises en considération lors de l'adoption de conseils pour le port du masque pour différents groupes d'âge, en plus des effets négatifs, voir nocifs potentiels du port du masque.

En jouant un rôle de modèles, les parents/tuteurs, les éducateurs et les membres de confiance de la communauté doivent fournir une communication adaptée à l'âge afin de mieux faire comprendre l'importance du port du masque, et d'une utilisation et d'un entretien sûrs et appropriés. Le matériel, les messages et les mécanismes utilisés pour communiquer des informations sur les masques pour enfants doivent demeurer souples et adaptatifs et être systématiquement révisés et mis à jour en fonction de l'évolution des données factuelles, ainsi que des besoins et des questions de la communauté^{48,49}. Il faut aussi écouter ce que les enfants ont à dire s'agissant de leurs perceptions et de leurs préoccupations concernant le port d'un masque. Il faut disposer d'une communication adaptée à différents milieux sociaux, culturels et linguistiques, assortie de mécanismes permettant de recueillir les réactions afin de pouvoir répondre aux questions et aux attentes des enfants.

Des messages spécifiques en matière d'éducation et de communication doivent être élaborés pour s'assurer que le port du masque n'entraîne pas, chez les enfants, un faux sentiment de sécurité ou le non-respect d'autres mesures de santé publique. Il est important de souligner que le port du masque fait partie d'un ensemble d'outils et que les enfants doivent également respecter la distanciation physique, l'hygiène des mains et l'hygiène respiratoire. Les parents, les membres de la famille, les enseignants et les éducateurs ont un rôle essentiel à jouer pour s'assurer que ces messages sont répétés régulièrement aux enfants.

Des stratégies visant à aider les enfants, en particulier les plus jeunes, à utiliser le masque de façon sûre et efficace doivent être incluses lors de la mise en œuvre des présents conseils. Il peut s'agir d'instructions pour ranger, de manière sûre, les masques usagés qui seront réutilisés par l'enfant après avoir mangé ou fait de l'exercice, pour entreposer les masques sales (p. ex. dans des sacs ou des contenants dédiés) avant qu'ils puissent être lavés, et pour entreposer et fournir des masques propres supplémentaires si le masque d'un enfant est sali, mouillé ou perdu.

Les masques doivent être distribués gratuitement aux enfants qui vivent dans des ménages ou des zones géographiques présentant des vulnérabilités sociales et des ressources limitées, afin d'assurer un accès équitable à tous les enfants. Il convient également de prendre en considération la fourniture de masques pour les trajets vers l'école et vers le domicile.

Lors de la conception de masques pour enfants, il faut tenir compte de la qualité globale du tissu, d'une bonne respirabilité et d'un confort adéquat du masque¹ et de son adaptabilité à l'enfant (taille, couleurs, forme, etc.) afin qu'ils soient mieux acceptés et utilisés par les enfants. Une attention particulière doit être accordée à l'entretien des masques et à la nécessité de les changer lorsqu'ils sont mouillés ou sales. Des mesures spécifiques doivent être mises en place pour les enfants de moins de 12 ans qui se trouvent dans une situation où il leur est demandé de porter un masque.

L'âge limite pour le port d'un masque doit être adapté à l'environnement social ou scolaire afin d'éviter de stigmatiser et d'entraîner la désaffection des enfants dans les groupes composés d'âges différents où certains enfants sont en dessous de la limite d'âge recommandée et d'autres, au-dessus. Par exemple, dans les cas où des enfants plus âgés pour lesquels les masques sont conseillés sont dans la même classe que des enfants plus jeunes qui sont en dessous de la limite d'âge recommandée pour le port du masque, les élèves plus âgés peuvent être dispensés de porter un masque.

Considérations supplémentaires spécifiques concernant les enfants handicapés

Les enfants présentant des troubles du développement ou un handicap peuvent faire face à des obstacles, des limitations et des risques supplémentaires et il faut donc prévoir pour eux d'autres options que le port du masque, telles que les écrans faciaux (voir ci-après). Les politiques relatives aux masques doivent être adaptées aux enfants handicapés sur la base de considérations sociales, culturelles et environnementales.

Certains enfants handicapés ont besoin d'un contact physique rapproché avec des thérapeutes, des éducateurs ou des travailleurs sociaux. Dans ce cas, il est essentiel que tous les soignants adoptent des mesures clés de lutte anti-infectieuse, y compris le port de masque, et que l'environnement soit adapté pour renforcer ces mesures.

Pour les enfants atteints d'un déficit auditif ou souffrant de problèmes d'audition, le port du masque peut entraver l'apprentissage et présenter d'autres problèmes, exacerbés par la nécessité de respecter la distanciation physique recommandée⁵⁰. Ces enfants peuvent être privés de possibilités d'apprentissage en raison d'une dégradation du signal de parole due au port du masque, à l'impossibilité de lire sur les lèvres et de voir les expressions des personnes qui parlent, et à la distanciation physique. Le recours à des masques adaptés permettant de lire sur les lèvres (p. ex. masques transparents) ou à des écrans faciaux (voir ci-après) peut être envisagé comme solution de remplacement au masque en tissu⁵¹.

Considérations supplémentaires spécifiques relatives au milieu scolaire

Afin de faciliter la mise en œuvre des présentes orientations en milieu scolaire (conformément aux normes nationales), il est conseillé d'adapter les catégories d'âge à la structure nationale/locale des niveaux d'éducation.

Le port du masque par les enfants et les adolescents dans les écoles doit être considéré seulement comme l'un des éléments d'une stratégie globale visant à limiter la propagation du COVID-19. Les documents d'orientation suivants peuvent être utilisés pour l'élaboration des politiques et la programmation d'une stratégie globale de sécurité sanitaire des écoles lors de la réouverture ou des interventions effectuées dans le cadre de la pandémie de COVID-19 :

- [WHO considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19](#)
- [Cadre pour la réouverture des écoles BM/PAM/UNESCO/UNICEF](#)
- WHO/UNICEF/IFRC Interim Guidance for COVID-19 Prevention and Control in Schools.

Dans le cadre de la stratégie globale de réouverture des écoles, il convient de tenir compte du point de vue des enseignants et des éducateurs sur la perception du risque et les délais nécessaires, qui représentent une charge, pour assurer le respect des politiques relatives à la COVID-19 dans les écoles et les salles de classe, y compris le port du masque par les enfants. Les situations où le port d'un masque peut interférer de manière significative avec le processus d'apprentissage et avoir une incidence négative sur des activités scolaires essentielles comme l'éducation physique, les repas, le temps dévolu au jeu et les sports – ainsi que l'apprentissage – nécessitent une attention particulière.

Si le port de masques en tissu est recommandé dans les écoles, des instructions et des équipements spécifiques doivent être fournis pour l'entreposage, la manipulation et la mise à disposition en toute sécurité de ces masques (voir ci-dessus). Un approvisionnement suffisant en masques adéquats doit être assuré pour tous les élèves. Les besoins fondamentaux en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène doivent être satisfaits dans le bâtiment de l'école afin que des mesures complètes de lutte anti-infectieuse puissent être mises en œuvre, parallèlement à des activités éducatives spécifiques adaptées aux différents groupes d'âge.

Si des masques médicaux ou jetables sont utilisés dans des situations particulières, un système de gestion des déchets, y compris l'élimination des masques usagés, doit être mis en place afin de réduire le risque que des masques contaminés soient abandonnés dans des salles de classe et sur des terrains de jeux.

Aucun enfant ne doit être privé de l'accès à l'éducation en raison du port du masque ou de l'absence de masque due à des ressources limitées ou à leur non-disponibilité.

Solution autre que les masques en tissu pour les enfants

Écrans faciaux

Les écrans faciaux sont conçus pour être utilisés⁵² pour éviter la projection de liquide biologique (en particulier les sécrétions respiratoires), d'agents chimiques et de débris^{53,54} dans les yeux. Dans le cadre de la protection contre la transmission du SARS-CoV-2 par des gouttelettes respiratoires, ils sont utilisés par les agents de santé comme équipement de protection individuelle (EPI) pour la protection oculaire parallèlement à un masque médical ou à un respirateur^{55,56}. Dans le cadre de la COVID-19 dans les communautés, certains enfants peuvent ne pas être en mesure de porter un masque pour diverses raisons (problèmes de santé, peur du masque, etc.). Dans ce cas, les écrans faciaux peuvent être considérés comme une solution de remplacement aux masques pour la protection contre les gouttelettes respiratoires ou pour la lutte à la source, en fonction de leur disponibilité, d'une faisabilité accrue et d'une meilleure tolérabilité^{57,58}. Certains pays, comme l'Australie⁵⁹, recommandent des écrans faciaux comme solution de remplacement au masque. D'autres, comme Singapour⁶⁰, conseillent de porter un masque et un écran facial ensemble, mais reconnaissent qu'il se peut que les enfants ayant des besoins spéciaux doivent être dispensés de porter l'un ou l'autre.

L'OMS et l'UNICEF ont analysé les données actuellement disponibles sur l'utilisation d'écrans faciaux pour la protection contre les gouttelettes respiratoires et/ou la lutte à la source dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Bien que l'écran facial puisse protéger partiellement⁵² le visage contre les gouttelettes respiratoires et présente l'avantage supplémentaire d'être facile à utiliser, son efficacité pour ce qui est de limiter la transmission n'a pas encore été étudiée de manière adéquate. Inconvénient inhérent à sa forme⁵³, des gouttelettes peuvent être expirées ou inhalées à travers les ouvertures situées entre la visière et le visage⁵². L'écran facial présente d'autres inconvénients : reflets, buée, imperfections optiques et encombrement par rapport aux lunettes de sécurité⁶¹. Il existe de nombreuses formes nouvelles d'écrans faciaux qui tentent de remédier à ces limitations, mais les normes actuelles d'essai en laboratoire n'évaluent que les écrans faciaux pour leur capacité à protéger les yeux des éclaboussures chimiques^{61,62}. Il convient d'effectuer de toute urgence d'autres travaux de recherche et tests de norme en laboratoire pour étudier l'efficacité des écrans faciaux

contre les gouttelettes respiratoires et/ou la transmission⁵⁶. À l'heure actuelle, il est estimé que les écrans faciaux ne protègent que les yeux et ne doivent pas être considérés comme équivalents aux masques en ce qui concerne la protection contre les gouttelettes respiratoires et/ou la transmission.

L'OMS et l'UNICEF continueront de surveiller les nouvelles données relatives à l'utilisation des écrans faciaux pour la prévention de la transmission des virus respiratoires. Les deux organisations conseillent l'utilisation d'un écran facial lorsque la distance physique ne peut pas être maintenue et dans des situations particulières où il n'est pas pratique de porter un masque (par exemple, chez les enfants malentendants ou présentant d'autres handicaps ou problèmes de santé qui empêchent le port des masques en tissu ou des masques médicaux et, par conséquent, limitent leur utilité), en tenant compte des considérations suivantes :

- L'écran facial est une barrière physique incomplète, sans les couches de filtration d'un masque.
- L'écran facial doit couvrir tout le visage, protéger les côtés du visage et descendre au-dessous du menton⁵⁸.
- Les écrans faciaux réutilisables doivent être nettoyés (avec du savon ou un détergent et de l'eau), désinfectés (avec de l'alcool à 70 - 90 %) et rangés correctement après chaque utilisation⁴⁴. Il convient de choisir les écrans faciaux qui résistent à l'utilisation de désinfectants sans que leurs propriétés optiques ne soient réduites.
- Une distance physique d'au moins un mètre (3,3 pieds) doit être maintenue dans la mesure du possible et il convient de se laver et désinfecter fréquemment les mains et de respecter les mesures d'hygiène respiratoire⁵⁶.
- Il faut faire preuve de prudence pour éviter les blessures lorsque les enfants enfilent, portent et enlèvent les écrans faciaux.

Suivi et évaluation des incidences du port du masque par les enfants

Si les autorités décident de recommander le port du masque par les enfants, des informations clés doivent être recueillies régulièrement pour accompagner et surveiller la mise en œuvre de cette mesure. La surveillance et l'évaluation doivent être établies dès le début et doivent comprendre des indicateurs permettant de mesurer les éléments suivants : incidences sur la santé de l'enfant, y compris sa santé mentale ; réduction de la transmission du SARS-CoV-2 ; facteurs de motivation et obstacles au port du masque ; répercussions secondaires sur le développement de l'enfant, l'apprentissage, la fréquentation scolaire, la capacité de s'exprimer ou d'accéder à l'école ; et conséquences pour les enfants présentant des retards de développement, des problèmes de santé, un handicap ou d'autres vulnérabilités.

Les données doivent être utilisées pour l'élaboration des stratégies de communication ; la formation et le soutien aux enseignants, aux éducateurs et aux parents ; les activités visant à faire participer les enfants ; et la distribution de matériel qui permet aux enfants d'utiliser les masques de manière appropriée.

L'analyse doit inclure la stratification relative au sexe et à l'âge, ainsi que la stratification physique, sociale et économique afin de s'assurer que la mise en œuvre des politiques contribue à réduire les inégalités de nature sociale et en matière de santé.

L'OMS et l'UNICEF continueront de suivre attentivement les nouvelles données sur la question, ainsi que la situation, au cas où des changements exigeraient une modification des présentes orientations provisoires. En cas de modification des facteurs, l'OMS et l'UNICEF publieront une nouvelle mise à jour. Sinon, ces orientations provisoires resteront valables deux ans après la date de publication.

Remerciements

Le présent document a été élaboré en consultation avec les membres suivants :

1. Le Groupe spécial chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) (par ordre alphabétique) : Jameela Alsalman, Ministère de la santé, Bahreïn ; Anucha Apisarntharak, Hôpital universitaire Thammasat, Thaïlande ; Baba Aye, Internationale des services publics, France ; Roger Chou, Oregon Health Science University, États-Unis d'Amérique ; May Chu, Colorado School of Public Health, États-Unis d'Amérique ; John Conly, Services de santé de l'Alberta, Canada ; Barry Cookson, University College London, Royaume-Uni ; Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, Royaume-Uni ; Dale Fisher, Goarn, Singapour ; Tiouiri Benaïssa Hanene, CHU La Rabta, Tunisie ; Joost Hopman, Radboud University Medical Center, Pays-Bas ; Mushtuq Husain, Institute of Epidemiology, Disease Control & Research, Bangladesh ; Kushlani Jayatilleke, Sri Jayewardenapura General Hospital, Sri Lanka ; Seto Wing Jong, School of Public Health, RAS de Hong Kong, Chine ; Souha Kanj, American University of Beirut Medical Center, Liban ; Daniele Lantagne, Tufts University, États-Unis d'Amérique ; Fernanda Lessa, Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique ; Anna Levin, Université de São Paulo, Brésil ; Yuguo Li, The University of Hong Kong, RAS de Hong Kong, Chine ; Ling Moi Lin, Sing Health, Singapour ; Caline Mattar, World Health Professions Alliance, États-Unis d'Amérique ; Mary-Louise McLaws, University of New South Wales, Australie ; Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control, Inde ; Shaheen Mehtar, Infection Control Africa Network, Afrique du Sud ; Ziad Memish, Ministère de la santé, Arabie saoudite ; Babacar Ndoeye, Infection Control Africa Network, Sénégal ; Fernando Otaiza, Ministère de la santé, Chili ; Diamantis Plachouras, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Suède ; Maria Clara Padoveze, École de soins infirmiers, Université de São Paulo, Brésil ; Mathias Pletz, Université de Jena, Allemagne ; Marina Salvadori, Agence de la santé publique du Canada, Canada ; Ingrid Schoeman, TB Proof, Afrique du Sud ; Mitchell Schwaber, Ministère de la Santé, Israël ; Nandini Shetty, Public Health England, Royaume-Uni ; Mark Sobsey, University

of North Carolina, États-Unis d'Amérique ; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital, Singapour ; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis, Pays-Bas ; Walter Zingg, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.

2. Experts de l'UNICEF :

Maya Ariei, Gregory Built, Simone Carter, Carlos Navarro Colorado, Anne Detjen, Nada Elattar, Maria Agnese Giordano, Gagan Gupta, Nagwa Hasanin, Linda Jones, Raoul Kamadjeu, Sarah Karmin, Asma Maladwala, Ana Nieto, Luwei Pearson Sarah Karmin, Jerome Pfaffmann.

3. Réviseurs externes :

Susanna Esposito, World Association for Infectious Diseases and Immunology Disorders et Université de Parme, Italie; Angela Dramowski, Université de Stellenbosch, Afrique du Sud; Alfredo Tagarro, Universidad Europea de Madrid, Espagne.

Réviseurs de l'IPA :

Zulfiqar A. Bhutta, Centre for Global Child Health, The Hospital for Sick Children, Canada; Margaret Fisher, Department of pediatrics, Monmouth Medical Center, États-Unis; Jonathan Klein, University of Illinois at Chicago, Comité exécutif de l'IPA et responsable de la collaboration avec l'OMS, États-Unis; Berthold Koletzko, Ludwig-Maximilians-Universität München, Allemagne; Jane E Lucas, International Health and Child Development IPA Strategic Advisory Group on Early Child Development, États-Unis; Mohamad Mikati Division of Pediatric Neurology and Developmental Medicine, Duke University Medical Center, États-Unis; Aman Pulungan, Université de l'Indonésie, Société indonésienne de pédiatrie et Association pédiatrique Asie-Pacifique ; Susan M Sawyer, International Association for Adolescent Health et University of Melbourne, Australie; Mortada El-Shabrawi, Université du Caire, Égypte ; Russell M Viner, Faculty of Population Health Sciences of University College London et Royal College of Pediatrics and Child Health, Royaume-Uni.

4. Secrétariat de l'OMS :

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, Hanan Balkhy, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Falzon, Dennis Nathan Ford, Jonas Gonseth-Garcia, Rebecca Grant, Tom Grein, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Olivier Le Poulin, Ornella Lincetto, Abdi Rahman Mahamud, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Pillar Ramon-PardoAlice Simniceanu, Valeska Stempluk, Maha Talaat Ismail, Joao Paulo Toledo, Anthony Twywan, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed, Wilson Were.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693> consulté le 20 août 2020).
2. UNICEF. Texte de la Convention relative aux droits de l'enfant. 1990 (<https://www.unicef.org/fr/convention-droits-enfant/texte-convention> consulté le 20 août 2020).
3. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20. Epub 2020/02/29.
5. Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, et al. Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(28):923-9. Epub 2020/07/17.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 6 août 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-aout%202020.pdf> consulté le 20 août 2020).
7. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):422-6. Epub 2020/04/10.
8. Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. Arch Dis Child. 2020:archdischild-2020-320042.
9. Joint IPA-UNICEF COVID-19 Information Brief. Epidemiology, Spectrum, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women. (<https://ipa-world.org/society-resources/code/images/HjNYEYfuM250.pdf> consulté le 20 août 2020).

10. L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. Culture-Competent SARS-CoV-2 in Nasopharynx of Symptomatic Neonates, Children, and Adolescents. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(10). Epub 2020/07/01.
11. Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. *medRxiv.* 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.19.20157362v2> consulté le 20 août 2020).
12. Li X, Xu W, Dozier M, et al. The role of children in transmission of SARS-CoV-2: A rapid review. *J Glob Health.* 2020;10(1):011101. Epub 2020/07/03.
13. Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. *Acta Paediatr.* 2020;109(8):1525-30. Epub 2020/05/21.
14. Viner M, Mytton O, Bonnell C, et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv.* 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1> consulté le 20 août 2020).
15. Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L, Winkler N, et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020. Epub 2020/08/08.
16. Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. *medRxiv.* 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2> consulté le 20 août 2020).
17. Fontanet A, Tondeur L, Madec Y et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. *medRxiv.* 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.18.20071134v1> consulté le 20 août 2020)
18. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(29). Epub 2020/07/29.
19. Torres JP, Pinera C, De La Maza V, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis.* 2020. Epub 2020/07/11.
20. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(21). Epub 2020/06/04.
21. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *Lancet.* 2020;396(10247):313-9. Epub 2020/06/15.
22. Public Health England. Weekly Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Surveillance Report. Summary of COVID-19 surveillance systems. 2020.
23. Streeck H, Schulte B, Kümmerer B, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. *medRxiv.* 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> consulté le 20 août 2020).
24. Shakiba M, Nazari S, Mehrabian F, et al. Seroprevalence of COVID-19 virus infection in Guilan province, Iran. *medRxiv.* 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079244v1> consulté le 20 août 2020).
25. Lu Y, Li Y, Deng W, et al. Symptomatic Infection is Associated with Prolonged Duration of Viral Shedding in Mild Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Study of 110 Children in Wuhan. *Pediatr Infect Dis J.* 2020;39(7):e95-e9. Epub 2020/05/08.
26. Danis K, Epaulard O, Benet T, et al. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the French Alps, February 2020. *Clin Infect Dis.* 2020;71(15):825-32. Epub 2020/04/12.
27. Xu Y, Li X, Zhu B, , et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *Nat Med.* 2020;26(4):502-5. Epub 2020/04/15.
28. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, Rippe J, Patel AB, Kociolek LK. Age-Related Differences in Nasopharyngeal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Levels in Patients With Mild to Moderate Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Pediatr.* 2020. Epub 2020/08/04.
29. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. *medRxiv.* 2020 (<http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125484> consulté le 20 août 2020).
30. Canini L, Andreoletti L, Ferrari P, et al. Surgical mask to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *PLoS One.* 2010;5(11):e13998. Epub 2010/11/26.
31. 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). Epub 2020/04/26.
32. Simmerman JM, Suntarattiwong P, Levy J, et al. Findings from a household randomized controlled trial of hand washing and face masks to reduce influenza transmission in Bangkok, Thailand. *Influenza Other Respir Viruses.* 2011;5(4):256-67. Epub 2011/06/10.

33. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, 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;12:26. Epub 2012/01/28.
34. Uchida M, Kaneko M, Hidaka Y, et al. Effectiveness of vaccination and wearing masks on seasonal influenza in Matsumoto City, Japan, in the 2014/2015 season: An observational study among all elementary schoolchildren. *Prev Med Rep.* 2017;5:86-91. Epub 2016/12/17.
35. 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):e2618. Epub 2008/07/10.
36. Allison MA, Guest-Warnick G, Nelson D, et al. Feasibility of elementary school children's use of hand gel and facemasks during influenza season. *Influenza Other Respir Viruses.* 2010;4(4):223-9. Epub 2010/09/15.
37. Stebbins S, Downs JS, Vukotich CJ, Jr. Using nonpharmaceutical interventions to prevent influenza transmission in elementary school children: parent and teacher perspectives. *J Public Health Manag Pract.* 2009;15(2):112-7. Epub 2009/02/10.
38. Smart NR, Horwell CJ, Smart TS, Galea KS. Assessment of the Wearability of Facemasks against Air Pollution in Primary School-Aged Children in London. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11). Epub 2020/06/06.
39. Fikenzler S, Uhe T, Lavall D, et al. Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. *Clin Res Cardiol.* 2020. Epub 2020/07/08.
40. Organisation mondiale de la Santé. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations> consulté le 20 août 2020).
41. Shelov S AT. *Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5*, Fifth Edition. American Academy of Pediatrics. Elk Grove Village, IL. . 2009.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Considerations for Wearing Masks. United States of America; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html> consulté le 14 août 2020).
43. Office fédéral de la santé publique, Suisse. New coronavirus: Masks. Koniz; 2020 (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/masken.html> consulté le 20 août 2020).
44. Department of Health and Social Care. Face coverings: when to wear one and how to make your own. United Kingdom; 2020 (<https://www.gov.uk/government/publications/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own> consulté le 20 août 2020).
45. American Academy of Pediatrics. Cloth Face Coverings for Children During COVID-19. 2020 (<https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children-During-COVID-19.aspx> consulté le 20 août 2020).
46. Centers for Disease Control and Prevention. If You Are Immunocompromised, Protect Yourself From COVID-19. United States of America; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/immunocompromised.html> consulté le 20 août 2020).
47. Cystic Fibrosis Foundation. COVID-19 Community Questions and Answers. 2020 (<https://www.cff.org/Life-With-CF/Daily-Life/Germs-and-Staying-Healthy/CF-and-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and-Answers/#:~:text=People%20with%20CF%20should%20continue,cross%2Dinfection%20from%20CF%20germs.> consulté le 20 août 2020).
48. Esposito S, Principi N. To mask or not to mask children to overcome COVID-19. *Eur J Pediatr.* 2020. Epub 2020/05/11.
49. Del Valle SY, Tellier R, Settles GS, Tang JW. Can we reduce the spread of influenza in schools with face masks? *Am J Infect Control.* 2010;38(9):676-7. Epub 2010/07/08.
50. American Cochlear Implant Alliance. Consideration of face shields as a return to school option. 2020 (<https://www.acialliance.org/page/consideration-of-face-shields-as-return-to-school-option> consulté le 20 août 2020).
51. United Nations. Transparent masks aid communication for hard of hearing. 2020 (<https://www.un.org/en/coronavirus/transparent-masks-aid-communication-hard-hearing> consulté le 20 août 2020).
52. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda JV, Beezhold DH. Efficacy of face shields against cough aerosol droplets from a cough simulator. *J Occup Environ Hyg.* 2014;11(8):509-18. Epub 2014/01/29.
53. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: recommended personal protective equipment for the orthopaedic and trauma surgeon. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2020;28(6):1690-8. Epub 2020/04/29.
54. Anon JB, Denne C, Rees D. Patient-Worn Enhanced Protection Face Shield for Flexible Endoscopy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163(2):280-3. Epub 2020/06/10.

55. Kähler CJ, Hain R. Fundamental protective mechanisms of face masks against droplet infections. *Journal of Aerosol Science* 148, 105617. (<https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2020.105617> consulté le 20 août 2020).
56. Organisation mondiale de la Santé. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve> consulté le 20 août 2020).
57. Tony Blair Institute for Global Change. The Role of Face Shields in Responding to Covid-19. 2020 (<https://institute.global/sites/default/files/articles/The-Role-of-Face-Shields-in-Responding-to-Covid-19.pdf> consulté le 20 août, 2020).
58. Perencevich EN, Diekema DJ, Edmond MB. Moving Personal Protective Equipment Into the Community: Face Shields and Containment of COVID-19. *JAMA*. 2020. Epub 2020/04/30.
59. Victoria State Health and Human Services. Face coverings: whole of Victoria. 2020 (<https://www.dhhs.vic.gov.au/face-coverings-covid-19#what-does-wearing-a-face-covering-mean> consulté le 20 août 2020).
60. Ministry of Health. Guidance for use of masks and face shields. Singapore;2020 (<https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/guidance-for-use-of-masks-and-face-shields> consulté le 20 août 2020).
61. Roberge RJ. Face shields for infection control: A review. *J Occup Environ Hyg*. 2016;13(4):235-42. Epub 2015/11/13.
62. Organisation mondiale de la Santé. Disease Commodity Package v5. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention-readiness/disease-commodity-packages/dcp-ncov.pdf?ua=1> consulté le août 20, 2020).

L'OMS et l'UNICEF continueront de suivre de près la situation afin de mettre en évidence tout changement susceptible d'avoir des répercussions sur ces orientations provisoires. En cas d'évolution de certains facteurs, une mise à jour sera publiée. Sinon, les présentes orientations provisoires resteront valables deux ans après la date de publication.

© Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2020. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/IPC_Masks/Children/2020.1](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/faq)