

# Masque chez les enfants et adolescents : maltraitance sans fondement scientifique

A l'occasion du 2ème confinement, le conseil « scientifique » nommé par E.M. impose le port du masque chez les enfants à partir de 6 ans. Cette mesure est contraire à l'état actuel de la science et peut entraîner des complications médicales.

Nous rappellerons successivement que :

1°) les enfants souffrent exceptionnellement du Covid19

Sur plus de 46 millions d'infectés recensés par l'OMS le 3 novembre 2020, les enfants ne comptent que pour 2%.

Aux États-Unis, les données des CDC 1 confirment la rareté des infections à Covid chez l'enfant : « les données de 149 760 cas de COVID-19 confirmés en laboratoire survenus du 12 février au 2 avril 2020 ont été analysées. Parmi 149 082 (99,6%) cas signalés pour lesquels l'âge était connu, 2 572 (1. 7%) concernaient des enfants de moins de 18 ans » et leur risque létal très faible : « trois décès ont été signalés parmi les cas pédiatriques inclus dans cette analyse » soit un risque de 0,12%.

La macroanalyse (revue systématique de la littérature) de Jonas F Ludvigsson 2 confirme ces constatations.

2°) les enfants font des formes bénignes Sur 7,5 millions d'enfants et d'adolescents français, Santé publique France n'a comptabilisé que 3 décès contre 8 à 10 annuels de la grippe saisonnière durant les trois dernières années. Pour les enfants et adolescents le covid19 représente donc un risque bien plus faible que la grippe ordinaire.

Brodin évoque les différentes raisons possibles de la bénignité du Covid19 chez l'enfant<sup>3</sup> : charge virale plus faible que celle des adultes (car la gravité de la maladie paraît liée à la charge virale 4), différences dans les récepteurs (ACE)2 5 d'angiotensine nécessaire à la fixation du Covid19 6.

Même s'ils attrapaient le Covid à l'école, les enfants n'auraient donc très peu à craindre et ce n'est pas à l'école qu'ils l'attrapent habituellement.

3°) Les enfants sont habituellement contaminés à domicile

Les chaînes de contamination sont beaucoup plus faciles à analyser au début de l'épidémie lorsque l'incidence dans la population est faible car le risque d'un contact parasite méconnu est beaucoup plus rare. Pour cette raison, nous avons focalisé nos recherches sur les observations de début de l'épidémie beaucoup plus probante que les tentatives d'analyses tardives.

L'origine familiale de l'infection des enfants est retrouvée dans la quasi-totalité des cas cliniques rapportés.

En Corée, le premier cas pédiatrique de Corée, une fillette de 10 ans avait sa mère et son oncle

porteurs du Covid19 7. Un enfant de 4 ans était en contact avec un enseignant de garderie infecté. Un nourrisson de 45 jours et un de 4 semaines étaient chacun en contact avec un membre de la famille porteur de virus.

À Singapour 8 au 11 mars 2020, 167 patients avaient un COVID-19 confirmé, dont 6 (3,6%) étaient des enfants âgés de moins de 17 ans. Tous ces cas sporadiques impliquaient une exposition à un membre de la famille ou un contact proche infecté.

Ya-Nan Han 9 recherchant l'origine de l'infection chez 7 enfants retrouve à chaque fois le contact avec des membres de la famille infectés : « all children were family clusters ».

LiangSua 10 retrouve une contamination d'origine familiale chez les 9 enfants infectés au Covid19 qu'il a examinés.

Haiyan Qiu 11 remarque que 32 des 36 enfants infectés (89%) l'avaient été par des contacts familiaux.

La contamination habituelle des enfants par des contacts familiaux suggère que l'activité scolaire, diminuant le temps passé à domicile, est ainsi susceptible de diminuer le risque de contamination des enfants

4°) Les enfants ne contaminent pas les autres

Après un an d'épidémie et plus de 46 millions d'infectés, aucun cas de transmission du virus par un enfant infecté n'a pu être formellement démontré.

Les enquêtes sur les cas identifiés en milieu scolaire suggèrent que la transmission d'enfant à enfant à l'école est rarissime (si elle existe) et qu'elle n'est pas la principale cause d'infection par le SRAS-CoV-2 chez les enfants dont le début de l'infection coïncide avec la période pendant laquelle ils fréquentent l'école, en particulier dans les écoles maternelles et écoles primaires.

Plus de 20 études épidémiologiques dans une dizaine de pays ont recherché opiniâtement des contaminations à partir d'enfants de moins de 18 ans : aucune n'a pu mettre en évidence un seul exemple réellement probant.

- L'étude de l'Inserm 12 est très démonstrative. L'enfant des Contamines a été en contact, alors qu'il était malade, avec 172 personnes dont 112 élèves et professeurs dans trois écoles et un ski-club. Il n'a contaminé personne, même pas les deux autres enfants de sa fratrie.

- L'étude de l'institut Pasteur<sup>13</sup> sur les écoles primaires de Crépy en Valois, a porté sur 1340 personnes, dont 139 infectées (81 adultes et 58 enfants). Parmi 510 élèves de six écoles primaires, ils ont identifié trois enfants de trois établissements différents qui étaient infectés au moment où les écoles étaient encore ouvertes. Aucun de ces trois enfants n'a contaminé quiconque, qu'il s'agisse d'autres élèves ou d'adultes.

- L'étude Coville, du groupe Activ (Association clinique et thérapeutique infantile du Val-de-Marne) dirigé par le professeur Robert Cohen, vice-président de la Société française de pédiatrie, a porté sur 600 enfants, de la naissance à l'âge de 15 ans permet de conclure que : « sans histoire de Covid parental, l'enfant n'a rien. »

- Aux Pays-Bas<sup>14</sup>, les enfants âgés de 0 à 17 ans ne représentent que 1,3% de tous les patients

déclarés avec COVID-19, bien qu'ils représentent 20,7% de la population. Seulement 0,6% des hospitalisations signalées concernaient des enfants de moins de 18 ans. Il n'y a pas de rapport d'enfants décédés du COVID-19. Une étude des ménages aux Pays-Bas a rapporté des données sur 116 enfants de 1 à 16 ans et les résultats préliminaires ont montré que rien n'indique que les enfants de moins de 12 ans aient été les premiers infectés de la famille.

- En Irlande 15, avant la fermeture des écoles aucun cas de contamination scolaire n'a été détecté parmi les 924 enfants and 101 adultes au contact de six infectés (trois enfants, trois adultes).

- En Australie 16, 9 élèves et 9 membres du personnel infectés par le SRAS-CoV-2 dans 15 écoles ont eu des contacts étroits avec un total de 735 élèves et 128 membres du personnel. Seules 2 infections secondaires ont été identifiées, aucune chez le personnel adulte. 1 élève du primaire a été potentiellement infecté par un membre du personnel. Australian National Centre for Immunisation Research and Surveillance

- En Suisse (30) : sur un total de 4310 patients atteints du SRAS-CoV-2, 40 étaient âgés de moins de 16 ans (0,9%). Parmi les 111 contacts familiaux positifs des enfants étudiés, les mères prédominaient (n = 39), suivies des pères (n = 32), des frères et soeurs pédiatriques (n = 23), des frères et soeurs adultes (n = 8) et des grands-parents (n = 7).

-En Finlande 17 un enfant de 12ans qui allait à l'école durant sa maladie a été en contact avec 121 personnes et n'en a contaminé aucune

-En Grèce 18 l'analyse épidémiologique de 23 clusters touchant 109 personnes (66 adultes et 43 enfants n'a retrouvé aucun cas de transmission à partir d'un enfant.

-A Singapour, deux écoles primaires and une école secondaire ont constaté des covid19 infantiles. Aucun des 34 contacts identifiés des écoles primaires ne s'est révélé positif. Parmi les 77 contacts de l'école secondaire 8 ont développé des symptômes grippaux mais aucun d'entre eux n'a été testé positif.

En Israël, 19 une poussée de covid est apparue dix jours après la réouverture des écoles et des universités. Les deux premiers cas, sans lien épidémiologique connu ont été observés les 26 et 27 Mai. 153 étudiants et 25 membres du personnel se sont révélés COVID-19 positifs. Le rôle d'un employé super contaminateur a été clairement mis en évidence mais aucun cas de contamination certaine à partir d'un enfant n'a été mis en évidence.

Et Benjamin Lee et William V. Raszka confirment dans la grande revue pédiatrique américaine : transmission du COVID-19 et enfants : « l'enfant n'est pas à blâmer. »<sup>20</sup>

Les conclusions du centre européen de contrôle des maladies infectieuses sont claires :

« Les preuves issues de la recherche des contacts dans les écoles et les données d'observation d'un certain nombre de pays de l'UE montrent que la réouverture des écoles n'a pas été associée à une augmentation de la transmission communautaire. « Les données disponibles indiquent également que les fermetures d'établissements de garde d'enfants et d'enseignement ne constituent pas une mesure de contrôle efficace pour la transmission communautaire du COVID-19 et que de telles fermetures ne fourniraient probablement pas une protection supplémentaire significative de la santé des enfants, car la plupart développent une forme très légère COVID-19.

Anchor 5°) Le masque est inefficace contre le Covid !

Il n'existe aucune preuve scientifique de l'efficacité du port de masque généralisé à la population contre la transmission du covid19. Une macroanalyse de la fondation Cochrane de 2011 conclue : « rien ne permet d'affirmer que le port du masque à lui seul permette de se protéger efficacement des virus respiratoires. Les masques filtrants n'ont pas prouvé de supériorité aux masques chirurgicaux. La distanciation physique d'un mètre n'a pas non plus prouvé son efficacité ». Une actualisation de cette macroanalyse en cours a été rapportée par F Pesty<sup>22</sup> « Par rapport à l'absence de masque, il n'y a pas eu de réduction des cas de syndromes grippaux » D'ailleurs le port du masque n'est conseillé par l'OMS que pour les personnes malades (pour protéger les autres des postillons et des grosses gouttelettes) et pour les soignants au contact de malades (pour protéger les soignants).

L'évolution récente de l'épidémie en Europe montre que le port généralisé du masque n'est pas efficace. Dans les pays nordiques seulement 5 à 10 % des personnes affirment porter un masque dans les lieux publics depuis le début de la crise alors qu'en France, Espagne et Italie ce taux atteint 70 à 80 %. Mais malgré leur taux très bas d'utilisation des masques, les pays nordiques peuvent se targuer d'une incidence de nouveaux cas hebdomadaires<sup>23</sup> nettement inférieure à celle des pays masqués (266/M en Finlande, 549/M en Norvège, 992/M en Suède et 1198/M au Danemark contre 1973/M en Espagne, 2893/M en Italie, et 4226 en France). En situation réelle le port du masque ne paraît donc guère efficace.

Compte tenu de l'absence de contagiosité des enfants et des adolescents, et de l'inefficacité des masques, les mesures imposées aux enfants et adolescents apparaissent complètement inutiles, inutiles sinon pour entretenir la panique-soumission.

Toutes les sociétés de pédiatrie françaises critiquent les mesures sanitaires inutiles imposées aux enfants

Dans un communiqué les sociétés françaises de pédiatrie soulignent l'absence de logique médicale, le danger et les incohérences des mesures sanitaires imposées par le gouvernement.

« Nous ne pouvons que nous montrer inquiets devant l'organisation de la rentrée telle qu'elle se profile, tant sur le plan de la prévention que de celui de la prise en charge des enfants. »

Elles s'opposent à la pratique généralisée des tests par prélèvement nasopharyngés chez l'enfant : « la pratique des prélèvements nasopharyngés quasi-systématiques (tels qu'ils sont recommandés aujourd'hui) chez les enfants présentant une fièvre, des signes respiratoires ou digestifs n'est pas si anodine qu'elle peut le paraître. »

En effet, dès fin Mai 2020, les pédiatres ont lancé une large étude (VIGIL) pour préciser les indications et le rendement de la PCR chez l'enfant. Plus de 1500 enfants symptomatiques, venus consulter aux urgences pédiatriques ou dans les cabinets pédiatriques, ont été prélevés après exclusion d'un diagnostic clinique rendant très improbable la COVID19. Le taux de positivité des PCR chez les enfants n'ayant pas de contact connu avec un cas avéré de COVID 19 était de 1%, alors qu'il était autour de 10% chez ceux ayant été en contact avec une personne porteuse du virus, en particulier dans l'entourage familial. Ces tests actuels nasopharyngés, outre leur aspect désagréable et nécessairement répétitifs chez les enfants (les épisodes viraux durant la saison froide étant bien plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, 6 à 8 par an chez le nourrisson), ont un rendement modeste, un coût certain et nous expose à des refus des enfants et/ou des parents. De plus, les délais souvent non négligeables pour la réalisation du test et l'obtention des résultats diminuent leur efficacité sur le dépistage et la prise en charge des clusters. En pratique, si ces résultats sont obtenus en 24 heures pour la majorité des malades, il n'est pas rare que le délai soit

de deux, trois, voire quatre jours, notamment en médecine libérale. « Si le taux de positivité des PCR chez l'enfant reste faible, la poursuite de cette stratégie de PCR systématique chez l'enfant, s'avèrerait probablement très peu rentable tout en représentant un coût humain et financier conséquent pour la collectivité. »

Elles soulignent l'incohérence et l'absence de justification médicale des mesures sanitaires qui entravent considérablement les activités scolaires si indispensables à l'avenir des enfants

« Notre troisième inquiétude concerne la conduite à tenir en cas de dépistage d'un sujet atteint de COVID-19 (enfant ou adulte) dans une collectivité. Il nous semble que la rentrée scolaire risque d'être chaotique avec des fermetures de classes, voire d'écoles non justifiées par des raisons sanitaires ou épidémiologiques et dans tous les cas fortement délétères pour les enfants et leurs apprentissages. »

#### 6°) Le port obligatoire du masque pour les enfants est délétère<sup>24</sup>

Le port d'un masque peut donner un faux sentiment de sécurité et donc faire oublier d'autres mesures sanitaires importantes tels que le lavage des mains et la distanciation sociale avec les adultes.

Comme il faut les acheter certains parents peuvent être tenté d'en limiter le nombre aboutissant à un usage trop prolongé du même masque. Les masques chirurgicaux sont conçus pour être jetés après une seule utilisation. En devenant humides, ils deviennent poreux et ne protègent plus. En effet, des expériences ont montré que les masques chirurgicaux et en coton ne piègent pas le virus SARS-CoV-2 (COVID-19), qui peut être détecté sur la surface externe des masques pendant jusqu'à 7 jours<sup>25 26</sup> Ainsi, une personne pré-symptomatique ou légèrement infectée portant un masque facial pendant des heures sans le changer et sans se laver les mains à chaque fois qu'elle touche le masque pourrait paradoxalement augmenter le risque d'infecter autrui.

#### Passage de l'air au travers du nez

Les effets du port prolongé d'un masque respiratoire et chirurgical ont été étudiés et conclus à une augmentation de la résistance nasale lors du retrait du masque après 3 heures de port. Ceci est potentiellement dû à des changements physiologiques du nez. Les résistances nasales n'ont pas été récupérées même après 1,5 heure de retrait du respirateur/masque facial.

#### Les chirurgiens esthétiques s'inquiètent du risque de protrusion d'oreille <sup>27</sup>

Conséquence du port prolongé de masques chirurgicaux avec des boucles élastiques qui sont les plus choisis par les parents pour leurs enfants. Ces élastiques provoquent une compression constante sur la peau et, par conséquent, sur le cartilage de l'oreillette, conduisant à des lésions érythémateuses et douloureuses de la peau rétro-auriculaire lorsque les masques sont utilisés plusieurs heures par jour. Les enfants pré-adolescents ont un cartilage auriculaire non développé avec moins de résistance à la déformation ; une pression prolongée des boucles élastiques du masque au creux ou, pire encore, au niveau de l'anthélix peut influencer la croissance et l'angulation correctes de l'oreille externe. En fait, contrairement à l'utilisation de méthodes conservatrices pour le traitement des oreilles saillantes, cette pression prolongée peut augmenter l'angle céphalo auriculaire de l'oreillette externe. Il est important que les autorités qui fournissent les masques soient conscientes de ce risque potentiel et que des solutions alternatives soient trouvées

Le docteur Brihaye, chirurgien ORL, spécialisé en rhinologie pédiatrique, qui a développé des techniques chirurgicales pour aider les nouveau-nés souffrant de malformations nasales à mieux respirer par le nez insiste d'emblée sur le fait « qu'une bonne oxygénation du corps et du cerveau est très importante pour le développement physique, psychomoteur, intellectuel et émotionnel des jeunes enfants, et que cette oxygénation est principalement dépendante d'une bonne respiration nasale. » « L'observation de ces petits enfants en manque de respiration nasale nous montre qu'ils entrent dans une sorte de léthargie, d'hypotonie, pour diminuer leur besoin en oxygène et ainsi diminuer leur inconfort. De même, je soigne et développe des techniques chirurgicales pour les enfants de tout âge souffrant de maladies ou de traumatismes nasals afin de leur permettre de retrouver une bonne respiration par le nez. Il est spectaculaire de voir la libération immédiate et le développement rapide des enfants qui ont récupéré une bonne respiration nasale. Ils montrent alors une avidité à découvrir le monde. » Quelle n'est pas ma surprise de découvrir que, sous des prétextes sanitaires, on muselle les enfants à l'école, les empêchant de respirer librement par le nez et diminuant ainsi l'oxygénation de leur cerveau, alors que l'école est le lieu où ils doivent utiliser leur cerveau pour apprendre et étudier. »

Les masques, portés hors des salles d'opérations, ont des effets secondaires importants

Le dr Brihaye précise :« Ils provoquent un déficit en oxygène pouvant causer des céphalées, de la fatigue, une baisse de concentration, des nausées, comme dans le mal des montagnes, dû à une diminution de l'oxygène dans l'air ambiant. De plus, le CO2 qui ne peut être expiré correctement, s'accumule rapidement. Après une minute de port du masque, l'air inspiré peut atteindre des valeurs de CO2 dépassant plusieurs fois les limites tolérées dans les lieux de travail (900ppm, Codex 6 du code du travail). »

« Le masque, porté sur le nez dans des pièces non conditionnées en température et humidité et non protégées des micro-organismes (comme l'est une salle d'opération), devient rapidement un bouillon de culture. Il en résulte que les enfants que je vois en consultation depuis la rentrée présentent de plus en plus souvent des rhinites croûteuses et/ou des infections nasales et sinusales. »

En plus, puisqu'un virus peut se concentrer dans le masque, lorsqu'on l'enlève le virus peut se concentrer dans les mains et ainsi se propager. D'autant plus qu'il n'y a pas de système de décontamination des masques usagés dans les écoles »

Le pire n'est-il pas l'impact psychologique qui casse l'enfant ?

Le port du masque et la distanciation sociale induisent une dissolution du lien social, du contact visuel et physique si important pour le développement et l'épanouissement d'un enfant, et ainsi pour le renforcement de son système immunitaire. La respiration est la base des techniques de gestion émotionnelle. Or ce n'est pas à nos enfants de porter le poids des angoisses, des peurs de la mort des adultes.

La balance avantages/risque du port du masque pour les enfants jeunes est totalement négative : aucun bénéfice possible et nombreux inconvénients. Cette mesure n'a aucune justification médicale. Comment le conseil prétendument scientifique a-t-il pu le proposer ?

Réactions des familles et associations

Elles se multiplient. Nous citerons Le samedi 7 novembre 2020 14 :53, Parents Elémentaire Chabestan a écrit :

À la suite du sondage et à la réaction de nombreuses familles, les parents délégués de Chabestan mettent en place, en s'associant à plusieurs collectifs de parents d'établissements scolaires Diois, l'action expliquée ci-dessous

Merci de transmettre cette information aux personnes qui se sentent concernées, l'objectif étant d'être le plus nombreux possible à participer à cette action afin de pouvoir peser dans les futures discussions autour du protocole sanitaire mis en place. Les parents délégués de Chabestan Transmis par Collectif Pour nos Enfants <jesuislibrederespier@gmail.com>

Dans le sud, des parents distribuent des tracts d'information afin de toucher les familles qui ne sont pas sur les réseaux sociaux. Informons, informons pour protéger nos enfants. D'autres familles ont rédigé des recours contre les arrêtés pervers.

Oui cette année 2020 est bien celle de tous les dangers pour les enfants. Lisez les réflexions de Lise Nathanson sur France soir qui résume bien les stress accumulés et les drames à prévoir pour en sortir.

« Et alors que ces enfants vont devoir composer avec ce traumatisme<sup>28</sup> et celui du confinement, l'Etat leur impose dans le même temps le port du masque, sous couvert de lutter contre le rebond de l'épidémie de Covid ; alors même qu'un consensus scientifique semble se dégager, en faveur de la thèse que les enfants de moins de 10 ans ne sont que très rarement porteurs et vecteurs du virus du Covid.

Je ne parlerai pas ici de l'asphyxie de leur cerveau et de leur corps en pleine croissance, laissant cela à des spécialistes en neurologie et en pédiatrie.

Mais prosaïquement, comment vont-ils oser prendre la parole, quand déjà des lycéens me confient qu'il leur est difficile de s'exprimer avec un masque, qu'il leur en coûte de se faire entendre, de répéter leurs propos et qu'ils préfèrent parfois renoncer à parler et à se faire entendre ? »

Et plus loin les questions que tous devraient se poser<sup>29</sup> :

« La peur que notre gouvernement insuffle partout est particulièrement toxique pour les jeunes enfants, réduisant littéralement leurs structures cérébrales responsables de la mémoire et des apprentissages, notamment l'hippocampe, petite structure cérébrale très sensible au stress.

La terreur, assortie d'un fort sentiment de culpabilité, est un outil très efficace de manipulation pour obtenir de la victime qu'elle soit sidérée puis dissociée \*\*\*.

Or les enfants, étant donné le fonctionnement immature de leur cerveau et leur incapacité à contenir de fortes émotions comme une peur extrême, sont particulièrement vulnérables au lavage de

cerveau.

En tant que parents ou professionnels de l'enfance, pourquoi acceptons-nous ce paradoxe insensé de « maltraiter nos enfants pour les protéger ? »

Quels sont les éléments susceptibles de nous arracher à ce qui s'apparente à une « bouffée délirante collective » \*\*\*\* ?

Quels ancrages intérieurs et spirituels pouvons-nous trouver dans cette agitation ?  
Comment faire tomber les masques, et tendre les deux mains à nos enfants ? »

Enfin un témoignage d'une psychologue aux maires de France30 que chaque citoyen pourrait lui-même porter à son élu pour expliquer ce danger du masque chez les petits que les adultes ne peuvent que sous-estimer.

« En effet, de la naissance à l'âge de douze ans, les connexions synaptiques, réseaux fonctionnels entre les neurones qui véhiculent les informations, croissent de manière exponentielle du fait du développement neurophysiologique du cortex cérébral. Ces connexions ont besoin d'oxygène pour que le cerveau puisse établir ses facultés correctement. Du fait du port du masque, l'attention, la concentration, la mémoire risquent de s'en trouver fortement altérées, majorant notamment des situations d'échecs scolaires et des difficultés de maintien des apprentissages.

Le manque d'oxygénation et l'inspiration de CO<sub>2</sub> dans le masque sont susceptibles par ailleurs de diminuer drastiquement les capacités du système immunitaire, entraînant à court terme maux de tête, fatigue, irritabilité et vulnérabilité physique et psychique. Les conséquences à long terme restent imprévisibles à ce jour.

Des troubles du comportement, de la communication et du développement des compétences relationnelles, sociales et émotionnelles sont également à prévoir.

Le visage est un décodeur primordial dans l'apprentissage des émotions, du langage, de la phonétique et de la sphère relationnelle. Pour l'enfant, l'apprentissage s'initie essentiellement par mimétisme. Saisir les traits du visage est donc essentiel au développement des compétences langagières ainsi qu'à la compréhension des interactions avec autrui.

Le climat de peur et le sentiment d'insécurité dominant, symbolisés entre autres par le port ostensible des masques, est un facteur d'aggravation traumatique pour les enfants.

En effet si certains de ces enfants semblent trouver cela normal en apparence, usant de leurs capacités d'adaptation, ils engrangent dans leurs mémoires cellulaires une somme colossale d'informations anxiogènes. L'apparition de troubles ultérieurs des conduites, du comportement et de



l'apprentissage pourraient nécessiter de multiplier les consultations auprès de spécialistes et les pathologies infantiles risqueraient de ne plus faire exception. L'impact traumatique à long terme peut favoriser des terrains d'anxiété généralisée, de pathologies anxiodépressives ou des problématiques d'insécurité majeures affectant durablement la qualité de la santé psychique.

L'expression orale et verbale se trouve fortement entravée. Or, nous savons à quel point l'expression spontanée de l'enfant dans ses émotions joue un rôle prépondérant dans la prévention des troubles psycho-affectifs, constituant la base de l'équilibre et de la bonne santé mentale.

À ma connaissance, aucune étude à ce jour ne démontre ni la contamination massive des enfants, ni la propagation généralisée du virus dans les écoles. Les enfants ne sont pas considérés comme clusters.

Il a été déterminé par les équipes médicales et scientifiques que l'usage du masque n'est efficace que si nous le portons correctement sans le toucher et s'il est changé toutes les quatre heures. Quel adulte aujourd'hui est capable de respecter scrupuleusement le fait de ne jamais réajuster son masque ? Que peut-il en être alors d'un enfant en âge d'être scolarisé en primaire ? »

La lettre est en PDF à télécharger et donc à distribuer largement. La grande majorité des parents doit sous-estimer les graves perturbations définitives des cerveaux de leurs enfants soumis à cette brimade inutile de surcroit. INFORMEZ !

1 Intervention Team CDC COVID-19. Coronavirus Disease 2019 in Children - US February 12th April  
2. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 10 avril ; 69 (14) : 422-426 doi : 10.15585 / mmwr.mm6914e4.

2 Jonas F Ludvigsson macroanalysis of Covid 19 in children. Acta Paediatr. 2020 23 mars

3 Peter Brodin Why is COVID-19 So mild in children ? Editorial Acta Paediatrica 24 March 2020

4 Liu Y, Yan L-M, Wan L, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. Lancet Infect Dis. 2020. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30232-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30232-2)

5 Nickbakhsh S, Mair C, Matthews L, et al. Virus-virus interactions impact the population dynamics of influenza and the common cold. Proc Natl Acad Sci USA. 2019 ;116(52) :27142-27150

6 Imai Y, Kuba K, Rao S, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 protects from severe acute Lung failure. Nature. 2005 ;436(7047) :112-116

7 Ji Young Park First Pediatric Case of Coronavirus Disease 2019 in Korea J Korean Med Sci. 2020 Mar 23 ;35(11)

- 8 Agence gouvernementale de Singapour. COVID-19 : cas à Singapour [Internet]. Singapour, Agence gouvernementale de Singapour. 2020 ; [cité le 12 mars 2020. Disponible sur : <https://www.gov.sg/article/covid-19-cases-in-singapore>
- 9 Ya-Nan Han et al A Comparative-Descriptive Analysis of Clinical Characteristics in 2019-Coronavirus-infected Children and Adults Pediatrics April 2020
- 10 LiangSua the different clinical Characteristics of corona virus disease cases between children and their families in China - the character of children with COVID-19 Emerging Microbes Infections 2020, VOL. 9
- 11 Haiyan Qiu Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China : an observational cohort study Lancet Infect Dis. 2020 25 mars ; S1473-3099 (20) 30198-5.
- 12 Danis K, Epaulard O, Bénét T, Gaymard A, Campoy S, Bothelo-Nevers E, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. Clinical Infectious Diseases. 2020.
- 13 Arnaud Fontanet et al SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France : A retrospective cohort study in an area of high transmission medRxiv preprint doi : <https://doi.org/10.1101/2020.06.25.2014017>
- 14 , RIVM Institut national de la santé publique et de l'environnement rapports de patients COVID-19 reçus des services municipaux de santé publique (GGD) aux Pays-Bas
- 15 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 : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2020 May ;25(21).
- 16 (NCIRS). COVID-19 in schools - the experience in NSW [Internet]. Sydney : NCIRS ; 2020. Available from : <http://ncirs.org.au/sites/default/files/2020->.
- 17 Dub T, Erra E, Hagberg L, Sarvikivi E, Virta C, Jarvinen A, et al. Transmission of SARS-CoV-2 following exposure in school settings : experience from two Helsinki area exposure incidents. medRxiv. 2020 :2020.07.20.20156018
- 18Helena C. Maltezou Transmission dynamics of SARS-CoV-2 within families with children in Greece : a study of 23 clusters
- 19 Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, Libal E, Bitan M, Cardash T, et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. Euro Surveill. 2020 ;25(29) : pii=2001352
- 20 Benjamin Lee et William V. Raszka Transmission du COVID-19 et enfants : l'enfant n'est pas à blâmer  
Pediatrics août 2020, 146 (2) e2020004879 ; DOI : <https://doi.org/10.1542/peds.2020-004879>
- 21David Isaacs Les masques faciaux protègent-ils contre le COVID ?19 ? J Paediatr Child Health. 2020 Jun ; 56 (6) : 976-977. Publié en ligne 2020 Jun 16. Doi : 10.1111 / jpc.14936 PMID : PMC7323223

22 F Pesty Chronique Covid N°11 - « Bas les masques : une efficacité trop incertaine » France soir  
21/07/2020

23 D'après l'OMS Covid19 weekly situation report 12 du 3/11/2020

24

<http://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/le-port-du-masques-pour-les-enfants-cest-de-la-maltraitance>

25 Bae S, Kim M, Kim JY et al. Efficacité des masques chirurgicaux et en coton pour bloquer le SRAS-CoV-2 : une comparaison contrôlée chez 4 patients. Ann. Interne. Med. 2020. 10.7326 / M20-1342.

26 Chin A, Chu JT, Perera M et al. Stabilité du SRAS-CoV-2 dans différentes conditions environnementales. Lancet Microbe 2020. 10.1016 / S2666-5247 (20) 30003-3.

27 Bruno Zanotti, L'élastique des masques chirurgicaux peut-il stimuler la protrusion d'oreille chez les enfants ? Plast Surg esthétique 2020 octobre ; 44 (5) : 1947-1950. Doi : 10.1007 / s00266-020-01833-9 18 juin 2020

28 Le professeur décapité et l'hommage, la minute de silence

29 \* Quelques considérations pour aborder la médiatisation d'un événement collectif violent avec les élèves

[https://cache.media.eduscol.education.fr/file/ecole/96/5/aborder\\_evenement\\_collectif\\_violent\\_383965.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/ecole/96/5/aborder_evenement_collectif_violent_383965.pdf)

30 <https://covidinfos.org/2020/11/06/lettre-aux-maires-de-france/>