REQUETE
A MADAME OU MONSIEUR LE PRESIDENT
DU TRIBUNAL JUDICIAIRE DE

M...

Représentés par Me .....Avocat au Barreau de.....

ONT L'HONNEUR D'EXPOSER CE QUI SUIT :

Les requérants sollicitent l'autorisation judiciaire pour eux mêmes et pour leurs enfants, d'aller et venir dans l'espace public et notamment, dans les établissements scolaires, sans avoir l'obligation de porter le masque, et ceci pour les raisons suivantes :

La crise sanitaire a divisé le monde médical, en 2 camps :
-un camp minoritaire de par le nombre, mais majoritaire auprès des autorités, et sur les plateaux des grands médias,
-un camp majoritaire, composé de scientifiques autant (sinon plus) diplômés que les autres, mais qui n'arrivaient pas à se faire entendre.

Des milliers de médecins se sont élevés contre les mesures liberticides qui leur apparaissaient inefficaces et à tout le moins, totalement disproportionnées par rapport au nombre de décès du Covid 19, représentant 0,1 % des personnes malades, et touchant en moyenne des personnes âgées de plus de 85 ans, et atteintes d'autres pathologies. Curieusement, les grands médias sont restés silencieux sur ces aspect de la controverse, ne donnant la parole qu'à certains, et notamment les membres du Conseil scientifique qui ont tous d'importants liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique, tel ce professeur ayant déposé une plainte contre le Pr RAOULT, et ayant omis d'indiquer avoir perçu 800.000 € du laboratoire Gilead (producteur du REMDESIVIR)...

De plus en plus de scientifiques s'étonnent du fait que l'on présente aux français, une version monolithique de la "Science", et du fait que le gouvernement semble s'incliner devant des affirmations, parfois changeantes et contradictoires, émanant de la minorité précitée.

La France est tombée sous le régime de ce qui pourrait s'appeler la "Scientocratie".
Tous les principes constitutionnels, et tous les textes des conventions internationales sont bafoués, par des décrets liberticides empêchant d'aller et venir, et de respirer normalement.

Peu de pays en Europe on résisté à cette tendance : La Suède et la Biolorussie.

Mais le plus étrange est que les grands médias passent ces élément sous silence, ce qui est d'autant plus curieux que ces pays n'ont pas plus de décès proportionnellement que dans les autres.

Le plus étrange également est qu'il existait 3 thérapeutiques mondialement connues et utilisées, mais dont 2 ont été totalement ignorées des pouvoirs publics et des médias, l'autre décriée et niée.

Tout a été fait pour infantiliser les français, à tel point que les chaines de télévision en arrivent à rappeler que la pluie, cela mouille, le verglas glisse, et que le vent souffle…

I- <u>LES DONNEES TECHNIQUES</u> :

Au début de l'épidémie en France, soit à partir du mois de mars 2020, le port du masque était annoncé par le Gouvernement comme « totalement inutile », d'une part par Madame Agnès Buzin, alors Ministre de la santé, le 26 janvier 2020, d'autre part par Monsieur Olivier Véran, une première fois le 4 mars 2020 puis à nouveau le 25 septembre 2020.

(-Vidéo publiée sur BFMTV le 26 janvier 2020 :
https://www.bfmtv.com/politique/coronavirus-agnes-buzynestime-totalement-inutile-le-port-de-masque-pour-les-non-contamines_VN-202001260095.html
-Vidéo publiée sur Dailymotion le 4 mars 2020 :
https://www.dailymotion.com/video/x7sh6ng
-Vidéo publiée sur Youtube le 25 septembre 2020 :
https://www.youtube.com/watch?v=FYWFZ4y8iDo)

Néanmoins, et en dépit de ces affirmations publiques et réitérées, le port du masque est devenu progressivement obligatoire à partir du 20 juillet 2020, dans l'ensemble des lieux publics clos d'abord, puis dans les lieux ouverts ensuite.
Ainsi, le décret du 31 juillet 2020, par son article 36.II, a permis aux préfets départementaux de rendre obligatoire le port du masque dans les situations où le décret précité ne l'avait pas prévu.
Pour la rentrée scolaire du mois de septembre, le masque a été rendu obligatoire aux élèves de collèges et de lycées, sans qu'il ne soit fait mention des élèves d'écoles élémentaires.
Contre toute attente, et en dépit des contre-indications scientifiques, par décret du 29 octobre 2020, le Gouvernement a finalement rendu le masque obligatoire dans les écoles élémentaires.

Ainsi, l'article 36.II du décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 impose le port du masque à tous les élèves d'écoles élémentaires, ainsi qu'aux collégiens et lycéens. Les enfants placés dans des établissements et services d'accueil en dehors du milieu scolaire sont également concernés à partir de six ans.

De nombreux parents d'élèves ont constaté les effets néfastes du port du masque, ainsi que des agissements violents et préoccupants des directeurs et référents d'écoles pour le voir imposé, depuis l'entrée en vigueur du décret du 29 octobre 2020.
Plusieurs centaines de parents ont fait part de leur inquiétude, à la suite des mesures violentes, humiliantes et discriminatoires qu'avaient subi leurs enfants se présentant sans masque à l'école élémentaire, mettant en péril leur intégrité physique et psychique.

Si l'on entend protéger la collectivité publique en imposant le port du masque, c'est en oubliant en premier lieu l'intérêt supérieur de l'enfant, affirmé dans de nombreux textes internationaux et nationaux.

A- La controverse quant à l'utilité même du port du masque :

La plupart des médecins s'accordent à dire que les masques chirurgicaux ont pour rôle de filtrer les bactéries et non pas les virus, bien trop petits pour pouvoir être bloqués par le masque. Si certains emballages de masques chirurgicaux précisent que les masques protègent d'un certain pourcentage de bactéries, il n'est jamais indiqué que le masque protège d'un virus. Et pour cause, ce n'est pas le cas !

Les masques bleus que nous devions tous porter dans les transports en commun, possèdent des pores (petits trous microscopiques) d'un diamètre d'environ 10 microns. (1/100° de millimètre ou 0,01 millimètre).

Or, le diamètre moyen d'un virus est de 0,00025 millimètre, ce qui veut dire qu'à travers chaque trou (pore) du masque, 40 virus peuvent passer en même temps. horizontalement, mais aussi verticalement.

Donc, comme il y a des centaines de petits trous dans ces masques (sinon l'on ne pourrait pas respirer), au fil de la journée, et dans les 2 sens, compte tenu du nombre de pores de ces masques, des milliers de virus ont pu passer, se reproduire au contact de l'air chaud et humide de notre respiration, et être projetés dans l'air.

Certes, les "scientifiques", les seuls qui ont accès aux grands média, nous disent que, s'agissant de corps microscopiques, ils restent collés au masque par effet électrostatique. Sauf qu'au bout d'un quart d'heure, la sueur et la salive en plein été, a mouillé le masque, supprimant ainsi l'effet électrostatique. En période de forte chaleur, cela serait vrai si l'on changeait de masque tous les quarts d'heure...

Jean-François HUET, médecin anesthésiste réanimateur (qu'on ne verra évidemment pas sur les grands médias) écrit :

"*...Quant au masque grand public une heure dans la rue suffit à démontrer pourquoi c'est une calembredaine même à supposer qu'il puisse protéger d'un virus pulmonaire .Parler de l'usage professionnel pour le valider est tout simplement ridicule.*

En milieu professionnel, on se lave les mains avant de mettre un masque et la deuxième fois qu'on le touche c'est pour le mettre à la poubelle.

Dans le public on met un torchon hors d'âge sur le nez pour rentrer dans un restaurant
-On l'enlève pour manger
-On le remet pour aller aux toilettes
-On l'enlève pour continuer son repas
-On le remet pour aller payer
-On l'enlève sur le parking du restaurant
-On le fourre dans sa poche dans son sac ou dans sa boîte à gant
-Dans la plupart des cas on recommence les mêmes cycles stupides avec la même "technique" dans un nombre indéterminé de cas.

Impossible à un professionnel de valider un tel cirque.

Moralité 99,99% de ces torchons sont des passoires et des bouillons de culture ,ils contiennent des quantités invraisemblables de bactéries de virus sur les deux faces...."

Ainsi, le bon sens est de constater que ces masques ne nous protègent pas du tout, mais ne protègent pas non plus les autres. A l'origine, ils ont été créés pour barrer les bactéries (beaucoup plus grosses que les virus).

Début juillet 2020, Jean-Dominique MICHEL, expert en santé publique, indique : "*...Si le virus a déjà circulé, confiner des gens ensemble, potentiellement contaminés, contagieux, pas contagieux, ou potentiellement à risque, est la meilleure manière de faire flamber une épidémie...*"

Il prend l'exemple de la Suède qui n'a pas confiné, et indique que, mis à part les maisons de retraite où l'on a renoncé à soigner ou à hospitaliser les personnes infectées *"...dans le reste de la population, cela a été un pari gagnant..."* Il conclut en indiquant que le confinement est "*la moins efficace de toutes les mesures.*"

Dans un avis de juin 2020, l'O.M.S. indique :

« *À l'heure actuelle, il n'y a pas d'éléments directs (provenant d'études sur la COVID-19 et sur les personnes en bonne santé au sein de la communauté) sur l'efficacité du port généralisé du masque par les bienportants en vue de prévenir les infections dues à des virus respiratoires, notamment celui de la COVID-19.* »

Elle précise encore, quelques paragraphes plus loin :

« *De nombreux pays ont recommandé au grand public de se couvrir le visage, notamment par un masque en tissu. À l'heure actuelle, on ne dispose pas encore de données factuelles directes de qualité attestant de l'efficacité du port généralisé du masque par les personnes en bonne santé dans la communauté et il faut procéder à un bilan des avantages et des inconvénients à cet égard...*"

Le 8 juin 2020, le Docteur Maria Van Kerkhove, chef de l'unité des maladies émergentes de l'OMS, a déclaré :
« *D'après les données dont nous disposons, il semble encore rare qu'une personne asymptomatique transmette le virus à un individu secondaire...* »

> (Article publié par FL24.net le 9 juin 2020 : https://fl24.net/2020/06/09/loms-change-encore-de-version-surle-coronavirus-le-confinement-et-le-port-du-masque-sont-ils-inutiles/)

Or, si les personnes asymptomatiques ne peuvent transmettre le virus, « *le port du masque généralisé par les personnes saines et asymptomatiques ne sert à rien...*"

Plus probant encore, une étude américaine publiée par le journal The Federalist le 29 octobre 2020 sur l'impact des masques dans différents pays d'Europe et aux Etats-Unis a démontré sans équivoque que le port des masques n'a aucune incidence positive sur l'évolution du nombre de cas positifs à la COVID-19.

Cette étude est une analyse de 12 graphiques particulièrement révélateurs, démontrant l'évolution exponentielle du nombre de cas positifs de COVID-19 par milliers d'habitants à la suite de la décision du gouvernement français d'adopter le port du masque obligatoire.

L'étude américaine précise à propos de la France :

« *The French now have around 1,000 percent more daily cases they had when they mandated masks, despite having one of the highest mask compliance levels in the world.* »

Soit, en français : « *Les Français ont maintenant environ 1.000 % de cas quotidiens en plus depuis qu'ils imposent les masques, bien qu'ils aient l'un des niveaux de conformité les plus élevés au monde.* »

La même tendance a été constatée dans l'ensemble des pays étudiés, puisqu'ils ont tous traversé une nouvelle vague de contamination exponentielle, et ce après que le port du masque ait été rendu obligatoire.

Ainsi, par exemple, en Italie, les experts constatent :

« *Italy had extremely high levels of mask-wearing despite no national mandate. Recently skyrocketing cases finally compelled them to create one of the strictest mask laws in the world, but the results have predictably failed to slow the rise in coronavirus cases. In fact, cases skyrocketed immediately after the mask mandate went into effect.* »

Soit en français :
« *En Italie, le taux de port de masque était extrêmement élevé, malgré l'absence d'obligation nationale. La récente montée en flèche des cas les a finalement contraints à créer l'une des lois les plus strictes au monde en matière de masques, mais les résultats n'ont pas réussi à ralentir la hausse des cas de coronavirus, comme on pouvait s'y attendre. En fait, les cas sont montés en flèche immédiatement après l'entrée en vigueur du mandat sur les masques...*"

La conclusion est limpide : peu importe le niveau de contrainte du port du masque imposé par l'Etat et le degré de respect des habitants, la courbe de nouveaux cas fulmine malgré l'imposition nationale du port du masque.
En ce sens, l'étude constate :

« *Similar results have been found in Ireland, Portugal, Israel, and many other countries. No matter how strictly mask laws are enforced nor the level of mask compliance the population follows, cases all fall and rise around the same time...*»
Soit en français :
« *Des résultats similaires ont été constatés en Irlande, au Portugal, en Israël et dans de nombreux autres pays. Quelle que soit la rigueur avec laquelle les lois sur les masques sont appliquées et le niveau de conformité de la population, les cas diminuent et augmentent tous à peu près en même temps .* »

La position de l'O.M.S. par rapport au port du masque par le grand public :

Dans ses conseils du 5 juin 2020, concernant le grand public, l'O.M.S. indique, notamment :
-"*...**Vulnérabilité**... les masques médicaux pourraient être utilisés par les personnes âgées, les sujets immunodéprimés, et les personnes atteintes de comorbidités...*"
"***Cadre de vie de la population :** situations où la densité de population est élevée (camps de réfugiés ou situations comparables, zones surpeuplées) et où s'il n'est pas possible de respecter la distance physique d'au moins un mètre (par exemple dans les transports publics)...*"

"**Faisabilité :** disponibilité et coût des masques, accès à l'eau propre pour laver les masques non médicaux et **tolérance des effets indésirables du port du masque…**"

Ainsi, il est clair que l'obligation du port du masque dans des villes françaises, procède de la même logique que si l'on voulait dire que le trajet de Paris à Créteil, ou de Grenoble à Voiron, ou de Valence à Montélimar, ne pourrait se faire qu'en avion…

B- Le port du masque ne permet donc pas de lutter contre l'épidémie de la Covid -19.

Ainsi, il est constaté qu'entre le 6 et le 12 juillet 2020, 52% de la population française portait le masque, et qu'au 10 juillet 2020, elle comptait un peu plus de 10.000 tests positifs par million d'habitants.

Or, dans la même période de temps, à Singapour, 93% de la population portait le masque, et près de 10.000 tests étaient révélés positifs, par million d'habitants.
La France et Singapour avaient donc un taux de positivité des tests extrêmement proche pour un taux de port du masque quasiment deux fois plus important à Singapour.

De la même manière, aux mêmes dates, le Brésil comptait 694 décès par million d'habitants, alors que le taux de port du masque était de 90%, pendant que le Royaume Uni comptait 624 morts par million d'habitants, alors que le taux de port du masque n'était que de 20%.

Ainsi, le Brésil et le Royaume Uni comptaient, au 10 juillet 2020, un nombre de morts par million d'habitants très similaire, alors même qu'à cette période, le taux de personnes portant le masque au Brésil était quatre fois et demi plus important qu'au Royaume Uni !

Là encore, il est démontré que le port du masque ne joue aucun rôle positif dans la protection contre le virus COVID-19.

Au demeurant, les scientifiques sont au courant de l'absence d'efficacité du port du masque sur les virus depuis plus d'un siècle déjà car elle avait été démontrée lors de la grippe espagnole.

En effet, entre 1918 et 1919, le port du masque avait été imposé dans de nombreux Etats, en particulier aux Etats-Unis, où l'atteinte d'un résultat contraire à celui recherché avait été constaté.

Une étude américaine menée sur l'hypoxie subséquente au port du masque conclut que celui-ci entraine des résultats contraires aux résultats recherchés:
« *As we have demonstrated, the hypoxia caused by mask-wearing defeats the objective of anti-viral strategy. As we showed in our previous paper in this series, mask use is correlated with higher, not lower, incidence of COVID19.* »

Cette affirmation peut être traduite par les termes suivants :

« *Comme nous l'avons démontré, l'hypoxie causée par le port du masque va à l'encontre de l'objectif de la stratégie antivirale. Comme nous l'avons montré dans notre précédent article de cette série, le port de masque est corrélé à une incidence plus élevée, et non plus faible, de la COVID -19.* »

Ainsi, le port du masque n'est donc pas seulement inutile, il est contre-productif

C- Le port du masque pour les enfants :

Si le port du masque est inutile pour les personnes saines, il relève de l'absurde pour les enfants qui ne sont pas porteurs et ne transmettent pas la maladie.

1- Le taux d'incidence quasi nul chez les enfants de moins de 15 ans

En ce sens, nombre de médecins crient au scandale, tel que le Docteur Louis Fouché, médecin anesthésie-réanimation au CHU de Marseille, lequel affirme dans une vidéo visualisée près de 75.000 fois et rendue publique le 31 octobre 2020 :

« *Quand on dit de masquer les enfants à six ans c'est juste un scandale en fait. Les enfants ne sont pas porteurs, ne sont pas vecteurs, ne sont pas malades, pourquoi vous les masquez en fait ? Donc là il y a vraiment une espèce de perversion. C'est quelque chose qui est du domaine, à mon avis, de la psychiatrie et qui devrait faire réagir les gens* »

(https://odysee.com/@CoroInfos:8/Louis-Fouche-d%C3%A9nonce-mensonges-macron-reconfinement:f.)

Or, les propos de ce médecin n'ont jamais été contredits et n'ont fait l'objet d'aucun démenti par une quelconque instance sanitaire.

En ce sens, dans un courrier du 13 novembre 2020, la direction des services départementaux de l'éducation nationale Loir-et-Cher a affirmé :

« *Les dernières études ont établi que la contagiosité des jeunes enfants atteints de COVID 19 est tout à fait minime vis-à-vis des autres enfants. De ce fait, votre enfant n'est pas considéré comme ayant eu un contact à risque élevé à l'école, il n'y a donc pas de mesure particulière à prendre suite à ce signalement et notamment ni isolement, ni dépistage systématique.* »

En outre, La Société Française de Pédiatrie a déclaré dans un article « Rentrée scolaire et COVID19 : propositions actualisées de la SFP » du 14 septembre 2020" :

"...Il est urgent de rappeler combien les bénéfices éducatifs et sociaux apportés par l'école sont très supérieurs aux risques d'une éventuelle contamination COVID19 de l'enfant en milieu scolaire »

(Article « Rentrée scolaire et COVID19 : propositions actualisées de la SFP » publié le 14 septembre 2020 par la société française de pédiatrie : https://www.sfpediatrie.com/actualites/rentree-scolaire-covid19-propositions- actualisees-sfp)

Il est d'autant plus incohérent d'imposer le port du masque aux enfants à partir de 6 ans dans la mesure où cette obligation est circonscrite par le décret du 29 octobre 2020, à la seule enceinte de l'établissement sous l'argument tiré d'une prétendue protection collective.
Or, il est scientifiquement et indiscutablement démontré que le taux d'incidence chez les enfants de moins de 15 ans est, depuis le début de l'épidémie, extrêmement faible, voire néant.

Ainsi, le 28 octobre 2020, soit la veille de l'adoption du décret imposant le port du masque chez les enfants en milieu scolaire, SANTE PUBLIQUE FRANCE indiquait dans son rapport hebdomadaire que le taux d'incidence de la Covid-19 chez les enfants de moins de 15 ans, était de 0,122%.

Plus encore, compte-tenu de ces chiffres officiels, imposer le port du masque aux enfants de moins de 11 ans dans les seuls établissements scolaires est une incongruité scientifique et va à l'encontre de toute logique.
Si l'établissement scolaire est effectivement le lieu de vie le plus important pour les enfants, il est incontestable que l'on entend imposer le port du masque dans l'unique lieu fréquenté en grande majorité par des sujets qui sont extrêmement peu touchés par le virus que l'on entend combattre !

En conséquence, il n'existe aucune justification sanitaire d'imposer le port du masque aux enfants.
Au surplus, les dispositions du décret du 29 octobre 2020 vont à l'encontre des rapports d'une institution internationale spécialisée de l'ONU en santé publique.

Dans un rapport du 5 juin 2020, l'OMS montre bien l'absence de preuve concernant l'efficacité du port du masque.

Dès lors, force est de constater que l'institution médicale rattachée à l'ONU ne met en exergue aucun avantage médical avéré au port du masque.

En revanche, l'OMS formule ce que les hommes politiques n'hésitent pas à exprimer, publiquement ou non : le port du masque est inutile mais constitue le seul signe visible de lutte contre la COVID19.

C'est notamment en ces termes **qu'Olivier Veran** s'est exprimé lors d'un déjeuner devant des journalistes en juillet 2020.

"Enfin, si le port du masque était efficace, il ne serait pas nécessaire de confiner !"

En revanche, au titre des inconvénients, l'OMS met en exergue pas moins de 11 risques potentiels ou avérés :

"*... Dans le grand public, le port du masque par des personnes en bonne santé peut, notamment présenter les désavantages suivants :*

-risque potentiellement accru d'auto-contamination du au fait de manipuler un masque facial puis de se toucher les yeux avec des mains contaminées,

-auto-contamination possible si un masque non médical, humide ou sale n'est pas remplacé, favorisant ainsi la prolifération des microorganismes,

-mal de tête et/ou difficultés respiratoires possibles selon le type de masque utilisé

-lésions cutanées faciales, dermite irritative ou aggravation de l'acné en cas de prot fréquent et prolongé du masque,

-difficulté de communiquer clairement

-sensation possible d'inconfort,

-fausse impression de sécurité pouvant conduire à un respect moins scrupuleux des mesures préventives qui ont fait leurs preuves, comme la distanciation physique et l'hygiène des mains,

-port du masque mal supporté, notamment par le jeune enfant,

-problèmes liés à la gestion des déchets ; l'élimination sauvage des masques peut entrainer une augmentation du volume des déchets dans les lieux publics, présentant un risque de contamination des préposés au nettoyage des rues et des risques pour l'environnement,

-difficulté de communiquer en cas de surdité et de dépendance de la lecture labiale,

-désavantages et difficultés liés au port du masque éprouvés par les enfants, les personnes atteintes de troubles mentaux ou de déficiences développementales, les personnes âgées atteintes de déficiences cognitives, les asthmatiques ou les personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques, les personnes ayant récemment subi un traumatisme facial ou une intervention chirurgicale orale ou maxillo-faciale, ainsi que celles qui vivent dans un environnement chaud et humide..."

Il ne fait donc aucun doute que l'impact des risques potentiels généraux s oulevés par l'OMS sur le port du masque en général, est nécessairement accru s'agissant des enfants.

L'OMS et l'UNICEF recommandent également que la décision d'utiliser un masque pour les enfants âgés de 6 à 11 ans soit fondée notamment sur les facteurs suivants :

- *« -La capacité de l'enfant à utiliser un masque correctement et en toute sécurité.*
  -incidences potentielles du port du masque sur l'apprentissage et le développement psychosocial, en consultation avec les enseignants, les parents/aidants et/ou les prestataires de santé..».

Ainsi, le décret du 29 octobre 2020 est en totale contradiction avec les recommandations de l'OMS qui recommande le port du masque chez les jeunes enfants comme devant demeurer l'exception et qui met en garde contre les nombreux effets indésirables qu'il engendre, en particulier chez les jeunes enfants qui le supportent particulièrement mal.
Dès lors, force est de constater que le Gouvernement n'hésite pas à mettre en danger les enfants de la République et à nuire à leur éducation et à leur développement, sous couvert de leur protection contre un virus qui ne les atteint pas.

2- L'entrave à l'éducation et au développement de l'enfant causée par le port du masque :

Plusieurs spécialistes en neuropsychologie alertent sur le fait que le port du masque entrave de manière inquiétante l'apprentissage et le développement cognitif et cérébral de l'enfant. En ce sens, trois psychologues ont publié un article dans le Journal "Le Monde" le 20 novembre 2020, pour dénoncer les dommages constatés chez les enfants contraints de porter le masque à l'école.

Les atteintes à la bonne instruction des enfants sont clairement mises en exergue :

« *Gérer un masque entraine une contrainte supplémentaire puisant dans des ressources attentionnelles limitées. Maintenir son attention, en étant privé de la moitié des informations du visage et n'ayant accès qu'à une voie filtrée, demande aussi de puiser dans ces ressources attentionnelles limitées. Pour un enfant, s'exprimer à travers un masque est aussi une contrainte supplémentaire pour s'engager à participer à la vie de la classe* ».

Ils exposent encore :
« *Certaines études montrent que le port du masque* ***altère la compréhension du discours****, notamment dans un environnement peu bruyant, (..) Par ailleurs, l'altération du message verbal, émis par l'enseignant ou par les élèves, pourrait non seulement conduire à une compréhension erronée du discours de l'autre mais aurait aussi un coût cognitif plus important entraînant une* ***chute rapide des capacités d'attention*** »

« *Le port du masque entraverait aussi l'accès au traitement des visages, fortement impliqué, entres autres, dans le développement des habilités sociales* »

« *Ainsi, théoriquement, il est plus qu'envisageable d'émettre l'hypothèse d'un impact fonctionnel et structurel sur le développement cognitif et cérébral des enfants portant un masque 24 heures par semaine au minimum, et jusqu'à 40 heures pour les enfants fréquentant le périscolaire* ».

Ces atteintes sont également identifiées dans une étude américaine publiée le 29 octobre 2020 dans le prestigieux journal World Affairs en ces termes :

« *Masks dehumanize us, and ironically serve as a constant reminder that we should be afraid. People can now be spotted wearing masks while camping by themselves in the woods or on a solo sailing trip. They have become a cruel device on young children everywhere, kindergarten students covered by masks and isolated by Plexiglas, struggling to understand the social expressions of their peers.* »

Soit, en français :

"...Les masques nous ***déshumanisent*** *et, ironiquement, nous rappellent constamment que nous devons avoir peur. On peut désormais observer les gens qui portent des masques lorsqu'ils campent seuls dans les bois ou lorsqu'ils font de la voile en solitaire. Ils sont devenus un* ***dispositif cruel sur les jeunes enfants*** *partout, les élèves de maternelle couverts par des masques et isolés par du plexiglas, luttant pour comprendre les expressions sociales de leurs camarades.* »

Or, parvenir à détecter les émotions d'autrui est un élément fondamental de l'apprentissage chez de jeunes enfants.

A cet égard, l'Education Nationale indique qu'« *apprendre à vivre ensemble* » est « *indissociable de la mission d'enseignement et du travail des enseignants dans leur classe* ».

Plus encore, dans le cadre de l'apprentissage de la lecture, des sons, de la

phonétique, il est impérieux pour les enfants de pouvoir distinguer parfaitement les expressions faciales des enseignants et de pouvoir les reproduire librement.
En ce sens, la Présidente de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) s'est exprimée :
« *Les tout-petits doivent pouvoir lire les expressions des visages qui les entourent ; c'est essentiel pour leur équilibre et leurs apprentissage…"*

Une psychologue clinicienne explique que le port du masque chez les jeunes enfants engendre principalement :

« *Un risque d'altération de l'identification des émotions, un* ***sentiment d'insécurité, une entrave dans le développement de la communication orale****, voire, par mimétisme ou par manque de stimulation, une tendance à l'immobilité du visage* ».

Le port du masque est donc un obstacle manifeste à l'apprentissage et au développement des enfants. Au surplus, comme l'explique Madame Manon Berthod, éducatrice pour enfants :

« *Le masque déshumanise la personne, c'est une barrière dans la relation. On sait que l'enfant apprend les codes sociaux en regardant les attitudes des gens.* ».

Le port prolongé du masque pour des enfants, sur des journées entières peut donc avoir des conséquences sur les comportements sociaux des enfants, en plein développement.
Il est nécessairement dangereux pour le développement social des jeunes enfants de les priver d'une approche humaine de l'enseignement. Une étude particulièrement éclairante, menée à la suite de la première vague de l'épidémie, par le Morgan Stanley Children's Hospital de New York sur les effets indésirables du port du masque sur les soignants conclut :

« Wearing masks for a prolonged amount of time causes a host of physiologic and psychologic burdens and can decrease work efficiency. Activity cannot be performed as long or as efficiently while wearing masks as compared to when masks are not worn. Additionally, the timeframe that an activity can be sustained is decreased when wearing masks and PPE. »

> (ROVER Elisheva « Adverse effects of prolonged mask use among healthcare professionals during covid-19", Journal of Infectious Diseases and Epidemiology. Consultable https://clinmedjournals.org/articles/jide/journal-of-infectiousdiseases-and-epidemiology-jide-6-130.php?jid=jide)

Soit en français :

« Le port prolongé d'un masque entraîne une multitude de fardeaux physiologiques et psychologiques et peut diminuer l'efficacité du travail. L'activité ne peut pas être exercée aussi longtemps ou aussi efficacement avec un masque qu'en l'absence de masque. De plus, le temps pendant lequel une activité peut être soutenue est réduit lorsque l'on porte un masque et un EPI.»

Le port du masque entraine donc une diminution de l'efficacité au travail ainsi qu'une diminution de la capacité de concentration chez les soignants. Il est indiscutable que si le port du masque engendre de tels effets indésirables sur les

capacités de concentration et d'efficacité au travail des personnes adultes, ces effets sont nécessairement exacerbés chez les enfants à l'école.

Le port du masque représente non seulement une entrave évidente à l'apprentissage des enfants et à leur développement cognitif et cérébral, mais son utilisation est également inadapté pour les enfants et représente à ce titre un danger.

Il est évident que les enfants de six ans touchent leur masque régulièrement, jouent avec, le font tomber par terre avant de le remettre sur la bouche et le nez...

Les jeunes enfants ne disposent pas de la maturité suffisante pour respecter les mesures d'hygiène indispensables en cas de port prolongé du masque, telles que recommandées par l'OMS.

Le protocole sanitaire de novembre 2020prévoit d'ailleurs que :
« *Lorsque le masque n'est pas utilisé, il peut être soit suspendu à une accroche isolée, soit replié sans contacts extérieur/intérieur (ne pas le rouler) et stocké dans une pochette individuelle* »

Cette possibilité aberrante d'étendre son masque puis de le récupérer multiplie les manipulations de celui-ci, et donc les risques de respirer dans un nid à microbes pour les enfants et de transmettre des maladies par le toucher, le contact des bactéries ou des particules virales.

Cette recommandation est d'autant plus surprenante que la Société française d'hygiène hospitalière
recommande de ne pas réutiliser un masque dès lors qu'il a été manipulé et retiré du visage !

En outre, une note d'informations publiée par le Gouvernement le 29 mars 2020 précise en son Annexe II les prescriptions d'utilisation du masque, conformes aux recommandations de l'OMS, en ces termes :

« Recommandations de manipulation des masques :
a) Avant de mettre un masque, se laver les mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique
b) Appliquer le masque de façon à recouvrir le nez et la bouche et veiller à l'ajuster au mieux sur son visage ; vérifier l'absence de jet d'air dans les yeux lors d'une expiration forte ;
c) Lorsque l'on porte un masque :

Eviter de le toucher
Ne pas déplacer le masque
Chaque fois que l'on touche un masque usagé, se laver les mains à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution hydroalcoolique ;
Si besoin de boire ou de manger, changer de masque ;
Lorsqu'il s'humidifie, le remplacer par un nouveau masque et ne pas réutiliser des masques à usage unique ;

Pour retirer le masque :
o L'enlever par derrière (ne pas toucher le devant du masque) ;

o Pour un masque à usage unique, le jeter immédiatement dans une poubelle fermée ;
o Se laver les mains avec de l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution hydroalcoolique.
Le temps de port du masque est limité à 4 heures. »

Force est de constater que les prescriptions gouvernementales d'utilisation du masque sont absolument et évidemment incompatibles avec le port du masque dans les écoles élémentaires, voire ridicules…
D'innombrables médecins, psychologues, microbiologistes, bactériologues tentent d'alerter la population sur les dangers du port du masque de manière continue, en particulier chez les jeunes enfants.

Dans son rapport du 5 juin 2020 précité, L'OMS a notamment listé l'ensemble des effets indésirables et dangers du port du masque.

Les conséquences du port du masque, qui peuvent être dramatiques sur tout individu, sont d'autant plus dangereuses lorsque celui-ci est imposé à un enfant.

L'Education nationale a établi elle-même que la contagiosité des jeunes enfants atteints de Covid-19 était « tout à fait minime vis-à-vis des autres enfants » de sorte que le port du masque ne peut constituer une mesure de santé publique.
Pourtant, la plupart du temps les directeurs et chefs d'établissement, sur directive de leur supérieurs hiérarchiques, refusent purement et simplement l'accès à l'éducation à de nombreux enfants.
Plus encore, certains enfants d'écoles élémentaires ont fait l'objet d'une radiation, des collégiens et lycéens de mesures d'exclusions, et certains parents ont reçu des avertissements de la part d'académies leurs reprochant des prétendues « absences injustifiées » de leurs enfants.

De nombreuses études ont mis en exergue les dommages physiques directement engendrés par le port du masque, à court et moyen terme.

D- Les dommages physiques engendrés par le port du masque

Le port du masque engendre à la fois des dommages physiques visibles à court terme mais également des dommages physiques à long terme, pour la plupart , gravissimes (B).

a. **Les dommages physiques engendrés par le port du masque à court terme**

Après avoir interrogé anonymement 343 professionnels de la santé travaillant en première ligne de la COVID-19 sur le port du masque, une étude américaine conclut :
« *Prolonged use of N95 and surgical masks by healthcare professionals during COVID-19 has caused adverse effects such as headaches, rash, acne, skin breakdown, and impaired cognition. It also interferes with vision, communication, and thermal equilibrium* ».

Soit en français :

« *L'utilisation prolongée du N95 et des masques chirurgicaux par les professionnels de la santé lors de l'enquête COVID-19 a provoqué des effets indésirables tels que des maux de tête, des éruptions cutanées, de l'acné, une rupture de la peau et des troubles cognitifs dans la majorité de ces enquêtes.*
Cela interfère également avec la vision, la communication et l'équilibre thermique. »
.
Cette étude met également en évidence le pourcentage d'aides-soignants concernés par les effets indésirables précités :

91,5% des aides-soignants interrogés ont déclaré souffrir d'acné, de maux de tête, de problèmes de peau et/ou de troubles cognitifs directement liés au port du masque !
Par ailleurs, des chercheurs se sont penchés sur la composition des masques pour comprendre son rôle dans le déclenchement de potentielles réactions physiques et ils ont conclu que de nombreux allergènes étaient présents dans la plupart d'entre eux

Ainsi, de nombreux professionnels de la santé alertent la population contre les effets néfastes du port du masque, notamment relatifs aux maladies de la peau.

En ce sens, l'Association française de l'eczéma, maladie touchant plus de 2,5 millions de français, remarque « un effet délétère sur la peau des personnes concernées par l'eczéma. En effet, le Docteur Roos, dermatologue, explique :
« *Le port du masque perturbe le fonctionnement de la peau et de la flore cutanée, par effet occlusif et de macération. Il existe évidemment aussi les irritations par les microparticules synthétiques des masques jetables* ».

Bien pire encore, plusieurs études ont démontré que le port du masque avait un impact sur les organes vitaux et pouvaient engendrer de très nombreuses maladies mortelles.

b. **Les dommages physiques engendrés par le port du masque à long terme**
Une série de trois études américaines publiées en octobre 2020 intitulée « Masks, false safety and real dangers », c'est-à-dire « Masques, fausse sécurité, vrais dangers » menée par des médecins et des chercheurs ont alerté la population sur les effets néfastes du port du masque à long terme.

La première étude démontre que les masques perdent des particules et des fibres pouvant être inhalées par les personnes porteuses de la plupart des masques et pouvant alors entrainer des conséquences dramatiques :
« *However, if even a small portion of mask fibers is detachable by inspiratory airflow, or if there is debris in mask manufacture or packaging or handling then there is the possibility of not only entry of foreign material to the airways, but also entry to deep lung tissue, and potential pathological consequences of foreign bodies in the lungs.*

Soit, en français :

« *Cependant, si une petite partie des fibres du masque est détachable par le flux d'air inspiratoire, ou s'il y a des débris dans la fabrication, l'emballage ou la manipulation du masque, il y a alors la possibilité non seulement d'une entrée de corps étrangers dans les voies respiratoires, mais aussi d'une entrée dans le*

tissu pulmonaire profond, et des conséquences pathologiques potentielles de corps étrangers dans les poumons. »

C'est notamment ce qui semble être arrivé à Monsieur Emmanuel MACRON qui ne parvenait plus à s'exprimer correctement lors d'une interview masquée et qui s'était alors exclamé en pleine crise de toux en retirant son masque :
« *On tient les distances mais, je pense m'étouffer avec ça. Donnez-moi un masque plus léger. J'ai dû absorber un truc du masque* ».

Cette même étude estime que l'inhalation de fibres d'un masque peut être à l'origine d'une fibrose pulmonaire et précise :
« *Pulmonary fibrosis is among the worst diseases that can be suffered or witnessed. It kills exceedingly slowly, by ever-thickening matrix formation, a kind of scar tissue, obstructing the alveoli and reducing their air exchange. The illness worsens slowly over time, and suffocates the victim very gradually. Nothing is available to the sufferer from conventional medicine. Neither medication nor radiation can undo the damage of the fibrous matrix laid down in the lungs' tissue.* »

Soit en Français :

« *La fibrose pulmonaire est l'une des pires maladies dont on puisse souffrir ou être témoin. Elle tue extrêmement lentement, par la formation d'une matrice de plus en plus épaisse, une sorte de tissu cicatriciel, qui obstrue les alvéoles et réduit leur échange d'air. La maladie s'aggrave lentement avec le temps, et étouffe la victime très progressivement.* ***La médecine conventionnelle n'offre rien au malade****. Ni les médicaments ni les radiations ne peuvent réparer les dommages causés à la matrice fibreuse qui se trouve dans les tissus des poumons.* ».

La seconde étude de cette série, intitulée « Microbial challenges from masks » souligne la présence de bactéries sur les masques, la dysrégulation e t le déséquilibre du microbiote dans la respiration, et les conséquences de ces déséquilibres dans l'ensemble de l'organisme :
« *When oral bacteria gain access to blood anddeep tissues, they may cause pneumonia, abscesses in lung tissue, subacute bacterial endocarditis, sepsis and meningitis* ».

Soit en Français :

« *Lorsque les bactéries orales accèdent au sang et aux tissus profonds, elles peuvent provoquer une pneumonie, des abcès dans les tissus pulmonaires, une endocardite bactérienne subaiguë, une septicémie et une méningite* ».

L'étude conclut en ces termes :
« *We have demonstrated from the clinical and historical data cited herein, we conclude the use of face masks will contribute to far more morbidity and mortality than has occurred due to COVID-19.* »

Soit en français :

« *Nous concluons que l'utilisation des masques faciaux contribueront à une morbidité et une mortalité bien plus importante que celles dues à la COVID-19.* » .

Cette conclusion était également celle de la « Mayo Clinic », clinique américaine présente en Floride, Arizona et Minnesota, qui avait déclaré dans un article désormais censuré :
« *A growing number of healthy people are developing life threatening staph infections because of mask wearing* ».

Soit en Français :

« *Un nombre croissant de personnes en bonne santé développent des infections à staphylocoques potentiellement mortelles à cause du port d'un masque* »
La troisième étude américaine de cette série, intitulée « *Hypoxia, hypercapnia and phylosogical effects* » parvient à la même conclusion en se focalisant sur les changements physiologiques induits par l'hypoxie (correspondant à une inadéquation entre les besoins tissulaires en oxygène et les apports) et l'hypercapnie (correspondant à l'augmentation de la pression partielle en dioxyde de carbone dans le sang) :

« *La normalisation est un phénomène observé en médecine dans lequel l'individu s'adapte à des conditions désavantageuses. Les porteurs de masque peuvent croire qu'ils se sont habitués à porter un masque. Cependant, les effets des processus dégénératifs dans le cerveau s'accumulent pendant un état de privation d'oxygène* ».

Ainsi, la personne qui porte un masque depuis plusieurs mois, s'est habituée, et croit que cela n'altérera pas sa santé.
Il faut bien comprendre que dans ce genre de problème, l'accoutumance ne signifie pas l'absence de problème. Comme l'alarme d'une voiture qui sonne pendant quelques minutes, et s'éteint, laissant croire au propriétaire que les voleurs ont renoncé à poursuivre leur action.

L'hypoxie, ainsi que l'hypercapnie, entraine des effets particulièrement néfastes sur le cerveau, qu'elle peut être à l'origine de maladies cardiovasculaires, de la maladie de Vasquez (dont la première cause est le manque d'oxygène), de maladies gastriques, de cancers… etc.

E- Les tests ont identifié une énorme proportion de faux positifs.

En outre, il est désormais largement démontré par de nombreuses études, que les tests RT-PCR n'ont pas été conçus pour diagnostiquer le SARS-CoV2. Des actions en justice à ce sujet sont diligentées à travers le monde et font l'objet d'une annexe à l'assignation.

Ainsi, dans une étude du 27 septembre 2020 (mise à jour 27 novembre 2020), vingt-deux scientifiques (Pieter Borger (Allemagne), Bobby Rajesh Malhotra (Autriche), Michael Yeadon (Royaume Uni), Clare Craig (Royaume Uni), Kevin McKernan (Etats Unis), Klaus Steger (Allemagne), Paul McSheehy (Allemagne), Lidiya Angelova (Etats Unis), Fabio Franchi (Italie), Thomas Binder (Suisse), Henrik Ullrich (Allemagne), Makoto Ohashi (Japon), Stefano Scoglio (Italie), Marjolein Doesburg-van Kleffens (Pays Bas), Dorothea Gilbert (Norvège), Rainer Klement (Allemagne), Ruth Schruefer (Allemagne), Berber W. Pieksma (Pays Bas), Jan Bonte (Pays Bas), Bruno H. Dalle Carbonare (Suisse), Kevin P. Corbett (Royaume Uni), Ulrike Kämmerer (Allemagne),

font une analyse indépendante « par les pairs » de l'article original de Drosten et Corman et démontrent que ces travaux présentent dix erreurs majeures qui rendent les tests invalides pour le diagnostic d'infection par Sars-CoV-2:

« 1. Il n'existe aucune raison précise d'utiliser ces concentrations extrêmement élevées d'amorces dans ce protocole. Les concentrations décrites entraînent une augmentation des liaisons non spécifiques et des amplifications des produits de la PCR, ce qui rend le test inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SRAS-CoV-2.

2. Six positions d'oscillation non spécifiées introduiront une énorme variabilité dans la mise en oeuvre de ce test en laboratoire dans le monde réel ; la description non spécifique déroutante du document de Corman-Drosten ne convient pas comme protocole opérationnel standard, ce qui rend le test inapproprié comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SRAS-CoV-2.

3. Le test ne peut pas faire la distinction entre le virus entier et les fragments viraux. Par conséquent, le test ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer des virus intacts (infectieux), ce qui le rend inadapté comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du CoV-2 du SRAS et faire des déductions sur la présence d'une infection.

4. Une différence de 10° C par rapport à la température de recuit Tm pour la paire d'amorces1 (RdRp_SARSr_F et RdRp_SARSr_R) rend également le test inapte à servir d'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

5. Une erreur grave est l'omission d'une valeur de Ct à laquelle un échantillon est considéré comme positif et négatif. Cette valeur Ct n'est pas non plus présente dans les soumissions de suivi, ce qui rend le test inapte à servir d'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

6. Les produits de la PCR n'ont pas été validés au niveau moléculaire. Ce fait rend le protocole inutile en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

7. Le test PCR ne contient ni un témoin positif unique pour évaluer sa spécificité pour le CoV-2-SARS, ni un témoin négatif pour exclure la présence d'autres coronavirus, ce qui le rend inutilisable comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

8. La conception du test dans le document de Corman-Drosten est si vague et si imparfaite que l'on peut aller dans des dizaines de directions différentes ; rien n'est normalisé et il n'existe pas de procédure opératoire normalisée. Cela remet fortement en question la validité scientifique du test et le rend inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

9. Il est fort probable que l'article de Corman-Drosten n'ait pas fait l'objet d'un examen par des pairs, ce qui rend le test inapproprié en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

10. Nous constatons de graves conflits d'intérêts pour au moins quatre auteurs, outre le fait que deux des auteurs de l'article de Corman-Drosten (Christian Drosten et Chantal Reusken) sont membres du comité de rédaction d'Eurosurveillance. Un conflit

d'intérêt a été ajouté le 29 juillet 2020 (Olfert Landt est PDG de TIB-Molbiol ; Marco Kaiser est chercheur senior au GenExpress et est conseiller scientifique de TIB-Molbiol), qui n'avait pas été déclaré dans la version originale (et qui manque toujours dans la version PubMed) ; TIB-Molbiol est la société qui a été "la première" à produire des kits PCR (Light Mix) basés sur le protocole publié dans le manuscrit de Corman-Drosten, et selon leurs propres termes, ils ont distribué ces kits de test PCR avant même que la publication ne soit soumise [20] ; de plus, Victor Corman & Christian Drosten ont omis de mentionner leur deuxième affiliation : le laboratoire de test commercial "Labor Berlin". Tous deux sont responsables du diagnostic des virus dans ce laboratoire et la société opère dans le domaine des tests PCR en temps réel.

(Review Report by an International Consortium of Scientists in Life Sciences (ICSLS) - Corman-Drosten et al., Eurosurveillance 2020:

https://cormandrostenreview.com/report/)

F- L'utilisation des tests PCR en tant que méthode de mesure des infections, n'est pas seulement un non-sens scientifique, mais a apparemment été délibérément conçue pour créer autant de faux positifs que possible (et paniquer ainsi le monde).

Il y a lieu de rappeler par ailleurs que seuls les médecins sont habilités à diagnostiquer les malades en fonction du tableau clinique et à proposer des soins et des mesures d'isolement si nécessaire car un test RT-PCR ne remplacera jamais le diagnostic d'un médecin.

Le créateur du test PCR, le Dr Kary Mullis, lauréat du prix Nobel de chimie, a d'ailleurs déclaré dans une interview:

« *Un test PCR positif ne peut pas vous dire que vous êtes malade, car avec ce test, vous pouvez trouver presque n'importe quoi chez n'importe qui». De plus, le diagnostic en médecine est de manière classique la conséquence d'un exercice logico-rationnel entre les signes et symptômes cliniques et les tests de laboratoire qui permettent d'orienter le diagnostic. La présence de symptômes cliniques a toujours été nécessaire pour établir un diagnostic ; un test analytique ne suffit pas.* »

Enfin, une étude chinoise publiée le 20 novembre 2020, faite à Wuhan sur la base de 10 millions de personnes (représentant 94,1% de la population de Wuhan, il s'agit d'une méta-analyse), a démontré que les personnes asymptomatiques ne sont pas contaminantes : la pratique généralisée des tests PCR au sein d'une population est donc parfaitement inutile.

(Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang, Max Bachmann, Shanbo Wei, Jie Gong, Yuchai Huang, Tiantian Wang, Liqing Li, Kai Lu, Heng Jiang, Yanhong Gong, Hongbin Xu, Xin Shen, Qingfeng Tian, Chuanzhu Lv, Chanson de Fujian, Xiaoxv Yin & Zuxun Lu Post-lockdown SARS-CoV-nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China Nature Communications volume 11, Article number: 5917 (2020):

https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w)

Cette étude permet de conclure que les mesures d'assignation à domicile de l'ensemble de la population et l'utilisation en masse des tests RT-PCR sur des personnes asymptomatiques sont clairement injustifiées.

A ce titre, il est important de rappeler la décision de la troisième section criminelle de la Cour d'appel de Lisbonne, en date du 11 novembre 2020[6] (1783/20.7T8PDL.L1-3, Margarida Ramos de Almeida - Testes RT-PCR Privação da liberdade - Detenção ilegal - IRL), qui confirme que la fiabilité éventuelle des tests PCR réalisés dépend, d'emblée, du seuil de cycles d'amplification qu'ils contiennent, de telle sorte que:

jusqu'à 25 cycles, la fiabilité du test est d'environ 70%;

jusqu'à 30 cycles, le degré de fiabilité est de 20%;

lorsque 35 cycles sont atteints, le degré de fiabilité est de 3%.

Il est facile de déduire le degré de fiabilité des résultats des tests PCR utilisés en France avec une amplification minimale de 35 voire 40 cycles.

L'on peut d'ailleurs s'interroger sur la légalité de l'exigence de résultats négatifs aux tests PCR pour être admis et soignés dans les hôpitaux et cliniques.

La mauvaise utilisation des masques, tant par les adultes que par les enfants, a déjà été largement développé.

Partant, le port du masque peut avoir des conséquences gravissimes, pouvant aller jusqu'à la mort, et en particulier chez les jeunes enfants qui ne peuvent utiliser et entretenir correctement ce produit.

Enfin, les requérants sont interpellés par le fait que :

-De nombreux professionnels de santé hospitaliers s'interrogent sur les raisons pour lesquelles ils recevaient la consigne de déclarer un maximum de décès "Covid", même s'il était évident que les décès avaient d'autres causes,

-3 thérapeutiques mondialement connues et efficaces étaient niées et occultées : hydroxychloroquine, Vitamine C à haute dose et en perfusion (Protocole Marick U.S.A.), Artemisia annua.

-Dès le début de l'épidémie, les discours officiels étaient d'affirmer "*Il n'y a pas de traitement, seul le vaccin résoudra cette crise...*"

Ainsi, l'obligation du port du masque est contraire aux textes internationaux, inutile, dangereuse et à ce titre constitutive de plusieurs infractions pénales en droit français.

II- LES TEXTES :

La Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789

"...Les Représentants du Peuple Français, constitués en Assemblée Nationale, considérant que l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'Homme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption des Gouvernements, ont résolu d'exposer, dans une Déclaration solennelle, les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme, afin que cette Déclaration, constamment présente à tous les Membres du corps social, leur rappelle sans cesse leurs droits et leurs devoirs ; afin que les actes du pouvoir législatif, et ceux du pouvoir exécutif, pouvant être à chaque instant comparés avec le but de toute institution politique, en soient plus respectés ; afin que les réclamations des citoyens, fondées désormais sur des principes simples et incontestables, tournent toujours au maintien de la Constitution et au bonheur de tous. ».

« Les lois ne sont pas de purs actes de puissance; ce sont des actes de sagesse, de justice et de raison. Le législateur exerce moins une autorité qu'un sacerdoce. Il ne doit point perdre de vue que les lois sont faites pour les hommes, et non les hommes pour les lois ».

(Extrait du discours préliminaire sur le projet de Code civil de Jean-Etienne-Marie PORTALIS, présenté le 1er pluviôse an IX).

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2001, de la loi du 30 juin 2000, la justice administrative s'est progressivement arrogé le pouvoir de juger de l'ensemble des atteintes aux droits fondamentaux. Or, dans le cadre de la crise de Covid-19, constitue t'elle véritablement une justice indépendante au sens précis de la formulation de l'article 16 de notre Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 ?

La réponse à cette question sera la même que celle formulée par Anselme BATBIE, qui fut sénateur et auditeur au Conseil d'Etat en 1847:

« *Nous ne considérons pas comme une garantie vaine celle qui résulte de l'examen par le Conseil d'Etat. Mais il est difficile d'admettre que chez nous, après tout ce qui a été dit pour demander que nul ne soit distrait de ses juges naturels, nous en soyons arrivés à placer les droits les plus essentiels sous la protection d'un corps semi-politique et composé de membres révocables, qu'après avoir tant de fois entendu demander que le contentieux administratif fût restreint ou même supprimé, on mette sous la protection de cette justice tant attaquée autrefois les droits essentiels de l'homme vivant en société* »

(A. BATBIE, Traité théorique et pratique de droit public et administratif, 2ème éd., 1885-1886, t. VII, p. 409 et s., cité par E. DESGRANGES, préc., p. 154).

L'Histoire a montré le caractère indissociable de l'Etat de droit et d'une séparation des pouvoirs équilibrée, impliquant la reconnaissance de l'indépendance et de l'autorité de la justice. La séparation des pouvoirs et l'indépendance de la justice sont la matrice de la garantie des droits fondamentaux, sans laquelle il n'est point de démocratie.

Aujourd'hui en France, l'autorité judiciaire indépendante est la seule Gardienne Naturelle des Libertés et Droits fondamentaux. Les évènements récents exigent plus que jamais depuis 1789 l'intervention du Juge Judiciaire indépendant afin que

les atteintes aux libertés et le mépris des Droits de l'Homme dont fait preuve le pouvoir exécutif cessent immédiatement et soient sanctionnés.

La Convention d'Oviedo de 1997 pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine , et en particulier son article 2 , rappelle la « primauté de l'être humain» et énonce :

« *L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science.* »

La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme adoptée le 19 octobre 2005 à l'unanimité des Etats membres de l'UNESCO :

Article 3 – Dignité humaine et droits de l'homme :

« 1. La dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectés.

2. Les intérêts et le ***bien-être de l'individu devraient l'emporter sur le seul intérêt de la science ou de la société.*** »

La Convention relative aux droits de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et signée par la France le 26 janvier 1990 . Le Parlement, par une loi du 2 juillet 1990, en a autorisé la ratification qui est intervenue le 7 août 1990. Conformément à l'article 49 de la Convention, celle-ci est entrée en application en France le 6 septembre 1990.

• Comme le rappelle la circulaire n°2014-088 du 9 juillet 2014 relative au règlement intérieur type départemental des écoles maternelles et élémentaires publiques (BO de l'Education Nationale n°28 du 10 juillet 2014) , l'article 28 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que:

« *Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention* **».**

"En conséquence, le règlement intérieur de l'école doit préciser que « tout châtiment corporel ou traitement humiliant est strictement interdit».

"Les élèves doivent être préservés de tout propos ou comportement humiliant et respectés dans leur singularité. En outre, ils doivent bénéficier de garanties de protection contre toute violence physique ou morale(…)"**.**

L'article 36 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que:

« *Les États parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être* **».**

L'article 37 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que:

« *Les États parties veillent à ce que : a - Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* » *(…).*

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) « *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir"*

Les art. 222-7 et suivants et 223-1 et suivants du Code Pénal répriment la maltraitance et la mise en danger de la personne.

Or, il est largement démontré que l'obligation du port du masque, constitue, surtout pour un enfant, de la maltraitance, et une mise en danger de la personne.

En effet, Le Docteur Margarite Griesz-Brisson, neurologue et neurophysiologiste allemande a également précisé que :

« *Il n'existe pas d'exemption médicale infondée pour les masques faciaux, car la privation d'oxygène est dangereuse pour chaque cerveau. Chaque être humain doit pouvoir décider librement s'il veut porter un masque absolument*

inefficace pour se protéger contre un virus. »« *Pour les enfants et les adolescents, les masques sont un interdit absolu. Les enfants et les adolescents ont un système immunitaire extrêmement actif et adaptatif, et ils ont besoin d'une interaction constante avec le microbiome de la Terre. Leur cerveau est également incroyablement actif, car il a beaucoup à apprendre. Le cerveau de l'enfant, ou de l'adolescent, a soif d'oxygène. Plus l'organe est métaboliquement actif, plus il a besoin d'oxygène. Chez les enfants et les adolescents, chaque organe est métaboliquement actif…"*

> (https://fr.sott.net/article/36152-Une-neurologue-allemande-met-en-garde-contre-le-port-du-masque-Laprivation-d-oxygene-provoque-des-dommages-neurologiquesirreversibles?fbclid=IwAR1bpV1qSxGLxrzxNIHpg3_a4KMj89-njCft6T2crDmLD-yvKH29O1_M5Yo)

Au surplus, le port du masque nuit particulièrement violemment à certains enfants disposant d'incompatibilités médicales. En effet, de nombreux parents d'élèves ont fait part de la dangerosité médicalement avérée pour leur enfant de porter un masque, ce qui n'a pas empêché les écoles élémentaires de le leur imposer, en connaissance de cause. Il s'agit en particulier d'enfants asthmatiques, autistes, ou encore atteints de troubles déficitaires de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH)

Plus encore, de nombreux jeunes enfants en bonne santé se sont plaints de céphalées répétées, d'un état de fatigue inhabituel ou encore de malaises.

Un médecin hospitalier belge, se fondant sur des études répertoriées par the U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine a exposé dans un article du 17 septembre 2020

« *Les enfants dépendent largement des expressions faciales pour comprendre et appréhender leur environnement. Cacher la moitié inférieure du visage diminue*

la capacité à communiquer, interpréter et imiter les expressions de ceux avec lesquels nous sommes en contact. Les émotions positives deviennent moins reconnaissables et les émotions négatives sont amplifiées. Le mimétisme émotionnel, la contagion et l'émotivité en général sont réduits ainsi que les liens entre les enseignants et les étudiants, la cohésion de groupe dont l'apprentissage – dont les émotions sont un moteur majeur."

(https://jdmichel.blog.tdg.ch/archive/2020/09/16/le-port-du-masque-est-bien-sur-nocif-pour-la-sante-309118.html)

La psychologue Lise Nathanson livre son approche des conséquences du port du masque chez les enfants et les adolescents, en faisant référence à la neurologue Margareta Griese Brisson, en ces termes :

« *Sur le plan intellectuel, du fait du grand remaniement du cerveau de l'adolescent, qui est littéralement « en chantier » entre 14 et 25 ans, le manque d'oxygénation des cellules nerveuses et le taux de CO2 trop haut du fait du masque serait une catastrophe ;car il entrainerait une perte progressive et insidieuse des capacités cognitives (Margareta GrieseBrisson, neurologue allemande de renommée internationale)*

Peut-être pouvons-nous compter sur les forces vives et la capacité de résilience de toute cette jeunesse, mais elle risque bien de payer un prix fort à l'inconstance, l'inconscience, le sadisme parfois ou la passivité complice que nous leur imposons. »

(http://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/les-repercussions-psychologiques-de-la-politique-sanitaire-actuelle-sur-les)

L'Education Nationale n'a pas toujours les mêmes réponses :

Le décret du 29 octobre 2020 ne prévoit aucune sanction particulière au défaut du port du masque dans les écoles, collèges et lycées et ne précise pas expressément que le directeur ou chef d'établissement peut refuser l'accès de l'élève au motif qu'il ne porte pas de masque de protection.

Toutefois, lorsque les parents décident d'envoyer leurs enfants à l'école sans masque, ces derniers sont dans la majorité des cas refusés à l'entrée et considérés comme ne s'étant jamais présentés à l'école, de sorte qu'au bout de deux jours l'école réalise un signalement.

-Certaines écoles ont accepté de recevoir en leur sein des enfants non masqués, pourvu d'un certificat médical ou non, dans les mêmes conditions que les enfants masqués.

-D'autres parents ont vu leurs enfants accueillis sans masque, mais dans des conditions différentes des enfants masqués, notamment en les excluant du reste de la classe. Ces enfants ont été moqués, non seulement par leurs camarades masqués, mais également par le corps enseignant.

-La plupart des adhérents encore se sont vu refuser purement et simplement l'accès à l'école, sous prétexte que le décret, implicitement

mais nécessairement, imposait que l'enfant soit masqué pour passer le pas de la porte.

En ce qui concerne les adultes, une étude américaine conclut que :

"*L'utilisation prolongée du N95 et des masques chirurgicaux par les professionnels de la santé lors de l'enquête COVID-19 a provoqué des effets indésirables tels que des maux de tête, des éruptions cutanées, de l'acné, une rupture de la peau et des troubles cognitifs dans la majorité de ces enquêtes. Cela interfère également avec la vision, la communication et l'équilibre thermique.* »

Par ailleurs, des chercheurs se sont penchés sur la composition des masques pour comprendre son rôle dans le déclenchement de potentielles réactions physiques et ils ont conclu que de nombreux allergènes étaient présents dans la plupart d'entre eux.

(RAVIER David, « Masques : attention aux allergènes cachés dans le tissu ou les élastiques », Pourquoi Docteur ?, Publié le 13.11. 2020. Consultable : https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/34445-Masques-attention-allergenes-caches-tissu-elastiques)

Ainsi, il est largement démontré que le port du masque est

-inefficace,
-toxique

Par voie de conséquence, le Décret l'imposant est contraire aux conventions internationales, à la Constitution de 1958 qui ignore l'état d'urgence sanitaire, et contraint de nombreux fonctionnaires à mettre en danger de nombreuses personnes, et à maltraiter des enfants.

Il faut rappeler que le Décret du 29 Oct. 2020, généralisant le port du masque, prévoit dans son art. 2 : "... *Les obligations de port du masque prévues au présent décret ne s'appliquent pas aux personnes en situation de handicap munies d'un certificat médical justifiant de cette dérogation et qui mettent en œuvre les mesures sanitaires de nature à prévenir la propagation du virus...*"

Or, si l'OMS indique bien que l'asthme constitue une contre-indication au port du masque, c'est bien parce que le port du masque a une influence négative sur la respiration. Or, tous les médecins de terrain (les vrais) précisent qu'une insuffisance respiratoire, à long terme, entraine une baisse de l'immunité.

Ainsi, toute personne dont on limite la faculté de respirer se trouve par définition en situation de handicap.

D'autre part, les biologistes et les médecins de terrain savent aussi que la peur engendre un effondrement de l'immunité. Lors des épidémies de peste au Moyen-âge, le curé était souvent épargné. Il avait la Foi, donc n'avait pas peur.

Et une baisse de l'immunité est la porte ouverte à toutes les pathologies.

Celui qui porte un masque en permanence, et qui a peur, réunit toutes les conditions pour se miner la santé...

PAR CES MOTIFS,

Vu la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789,
Vu la Convention d'Oviedo de 1997et notamment son art. 2
Vu la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme adoptée le 19 Oct. 2005, et notamment son art. 2
Vu la Convention relative aux droits de l'enfant ratifiée par la France le 7 août 1990, et notamment les art 36 et 37
Vu la Constitution de 1958
Vu les art. 222-7 et suivants, 223-1 et suivants du Code Pénal,

Autoriser les requérants et leurs enfants à respirer normalement dans l'espace public,

En conséquence, autoriser les requérants et leurs enfants, à circuler dans l'espace public, et notamment en milieu scolaire, sans porter de masque.

Fait à le

PIECES

1- Recommandations O.M.S. 5 juin 2020

2- Notice masques bleus

3- Article MARIANNE fév 2021 "Enquête sur l'état de nos enfants"

4- Courrier du Dr. LABREZE à M. le Ministre de la Santé 11 mars 2020

5- Mails du 29 mars 2020 du Dr LABREZE à M. le 1er Ministre.

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

Orientations provisoires

5 juin 2020

Organisation mondiale de la Santé

On trouvera dans le présent document une version mise à jour des orientations publiées le 6 avril 2020 et les données scientifiques actualisées relatives au port du masque pour prévenir la transmission de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), ainsi que des considérations pratiques. Par rapport à la précédente version, les principales différences apportées sont notamment les suivantes :

- Informations actualisées sur la transmission par des sujets symptomatiques, présymptomatiques et asymptomatiques infectés par le virus de la COVID-19 et mise à jour des données dans toutes les sections du document ;
- Nouvelles orientations sur le port ciblé systématique d'un masque médical par les soignants intervenant là où les soins sont dispensés dans les établissements de santé situés dans des zones géographiques à transmission communautaire[1] de la COVID-19 ;
- Orientations actualisées et conseils pratiques destinés aux décideurs sur le port de masques médicaux et non médicaux par le grand public sur la base d'une approche fondée sur les risques ;
- Nouvelles orientations sur les caractéristiques des masques non médicaux, concernant notamment le choix du tissu, le nombre de couches et leur association, la forme, l'utilisation d'un enduit et l'entretien.

Les orientations et recommandations contenues dans le présent document sont fondées sur les précédentes lignes directrices de l'Organisation (en particulier les lignes directrices de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les infections respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans les établissements de santé) (1) et sur l'évaluation des données actuelles par le Groupe de l'OMS chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 qui se réunit au moins une fois par semaine. L'élaboration des orientations provisoires en situation d'urgence comprend une évaluation transparente et rigoureuse des données disponibles sur les avantages et inconvénients des masques fondée sur la synthèse de revues systématiques accélérées et l'établissement d'un consensus d'experts sous l'égide de méthodologistes. Le processus envisage aussi, dans la mesure du possible, les implications potentielles en matière de ressources, les valeurs et les préférences, la faisabilité, l'équité, l'éthique et les lacunes de la recherche.

Objet des orientations

Le présent document contient les orientations destinées aux décideurs, aux professionnels de la santé publique et de la lutte anti-infectieuse, aux responsables des soins de santé et aux soignants sur le port du masque médical ou non médical dans les établissements de santé (y compris ceux où sont dispensés des soins au long cours et les établissements d'hébergement) pour le grand public ainsi que lors des soins à domicile. Elles seront révisées à mesure que l'OMS obtiendra davantage de données

Contexte

Le port du masque s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de mesures anti-infectieuses propres à limiter la propagation de certaines affections respiratoires virales, dont la COVID-19 fait partie. Il peut permettre aussi bien à des sujets en bonne santé de se protéger (en cas de contact avec une personne infectée) qu'à des sujets porteurs de virus de ne pas les transmettre (lutte à la source).

Le seul port du masque ne suffit toutefois pas à assurer un niveau adéquat de protection dans ces deux cas et d'autres mesures doivent également être adoptées au niveau personnel ou communautaire contre la transmission des virus respiratoires. Indépendamment du port du masque, l'hygiène des mains, la distanciation physique et d'autres mesures de lutte anti-infectieuse sont de rigueur pour prévenir la transmission interhumaine de la COVID-19.

Le présent document contient des informations et des orientations sur le port du masque dans les établissements de santé, lors des soins à domicile et pour le grand public. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis au point des orientations spécifiques sur les stratégies de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé (2), dans les établissements de soins de longue durée (3), et pour les soins à domicile.(4)

[1] Définies 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 ;
- 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?sequence=1&isAllowed=y)

Transmission de la COVID-19

On en sait chaque jour un peu plus sur la transmission du virus. La COVID-19 est avant tout une affection respiratoire et le spectre de l'infection par le virus va d'atteintes très bénignes chez des sujets présentant des symptômes non respiratoires à une affection respiratoire aiguë sévère, à un sepsis avec dysfonctionnement organique et à la mort. Certains sujets infectés ne présentent aucun symptôme.

D'après ce que l'on sait aujourd'hui, le virus de la COVID-19 est transmis avant tout par les gouttelettes respiratoires et par contact. La transmission par gouttelettes survient lorsqu'un sujet entre en contact étroit avec une personne infectée (à moins de 1 mètre de distance) et se trouve exposé à des gouttelettes respiratoires potentiellement infectieuses expulsées lorsque celle-ci tousse ou éternue ou lors d'un contact personnel très rapproché, le virus pénétrant alors par la bouche, le nez ou les yeux.(5-10) La transmission peut aussi être provoquée par des objets contaminés à proximité immédiate de la personne infectée.(11, 12) La transmission du virus peut donc survenir directement par contact avec une personne infectée ou indirectement par contact avec des surfaces à proximité immédiate d'une telle personne ou avec des objets ou des appareils utilisés sur elle ou par elle (par exemple un stéthoscope ou un thermomètre).

Dans des situations et des cadres particuliers où sont effectuées des interventions produisant des aérosols (IPA), une transmission aérienne du virus est également possible. La communauté scientifique s'est penchée sur la question de savoir si le virus de la COVID-19 peut aussi se propager par les aérosols en l'absence d'IPA et les recherches sur ce point se poursuivent activement. Jusqu'ici, la présence d'ARN viral a été constatée sur des échantillons d'air prélevés en milieu clinique en l'absence d'IPA dans certaines études (13-15), mais pas dans d'autres. (11, 12, 16) La présence d'ARN viral n'équivaut pas toutefois à un virus apte à la réplication et à l'infection (virus viable) pouvant être transmissible et capable d'un inoculum suffisant pour produire une infection invasive Un nombre limité d'études expérimentales effectuées dans des laboratoires d'aérobiologie ont par ailleurs constaté la présence d'ARN viral (17) et de virus viable (18), mais il s'agissait en l'occurrence d'IPA induits de manière expérimentale, les aérosols ayant été générés au moyen de nébuliseurs à jet de haute puissance ne reflétant pas les conditions normales de la toux humaine. Des travaux de recherche de qualité avec notamment des essais randomisés dans différents types de cadres s'imposent pour combler une grande partie des multiples lacunes connues concernant les IPA et la transmission aérienne du virus de la COVID-19.

Les données actuelles semblent indiquer que le virus est transmis par des sujets symptomatiques à d'autres personnes avec lesquelles ils sont en contact étroit et qui ne portent pas un EPI approprié. Chez les sujets symptomatiques, l'ARN viral peut être détecté dans des échantillons plusieurs semaines après le début de la maladie, mais la présence de virus viable n'a pas été constatée au-delà du huitième jour suivant l'apparition des symptômes (19, 20) dans des cas bénins, bien qu'il puisse subsister plus longtemps dans les cas plus graves. Une excrétion virale prolongée n'implique pas nécessairement que l'infectiosité subsiste. La transmissibilité est fonction de la quantité de virus viable excrétée par un sujet qu'il tousse ou non et expulse ou non davantage de gouttelettes, du type de contacts avec autrui et des mesures de lutte anti-infectieuse en place. Il faudra interpréter les résultats des études sur la transmission en tenant compte du contexte dans lequel elles ont été effectuées.

La transmission est également possible par des sujets infectés et excrétant le virus, mais chez qui les symptômes ne sont pas encore apparus – c'est ce qu'on appelle la transmission présymptomatique. La période d'incubation de la COVID-19 (le délai entre l'exposition au virus et l'apparition des symptômes) est de cinq à six jours en moyenne mais peut atteindre jusqu'à 14 jours.(21, 22) Les données semblent indiquer en outre que certains sujets peuvent être positifs pour la COVID-19 lors de tests effectués par amplification en chaîne par polymérase (PCR) 1 à 3 jours avant l'apparition des symptômes.(23) On entend par transmission présymptomatique la transmission du virus de la COVID-19 par un sujet infecté et excrétant le virus, mais chez qui les symptômes ne sont pas encore apparus. Ceux chez qui les symptômes apparaissent semblent avoir une charge virale plus forte le jour même de leur apparition ou juste avant, comparativement à celle qu'ils présenteront ultérieurement pendant la maladie.(24)

Chez certains sujets infectés par le virus, les symptômes n'apparaissent jamais, ce qui ne les empêche pas d'excréter le virus qui peut alors être transmis. Il ressort d'une récente revue systématique que la proportion des cas asymptomatiques se situe entre 6 % et 41 %, avec une estimation globale de 16 % (12 %-20 %),(25) même si la plupart des études considérées dans cette revue présentaient d'importantes limitations quant à la qualité de la notification des symptômes, ou ne définissaient pas avec précision les symptômes visés. Le virus viable a été isolé dans des échantillons provenant de sujets présymptomatiques et asymptomatiques, ce qui semble indiquer que les sujets asymptomatiques sont en mesure de transmettre le virus.(26) Les études exhaustives sur la transmission par des sujets asymptomatiques sont difficiles à réaliser, mais les données disponibles issues de la recherche des contacts notifiées par les États Membres font penser que la transmission du virus par des sujets infectés asymptomatiques est bien moins fréquente que la transmission par des sujets symptomatiques.

Parmi les études publiées disponibles, certaines ont décrit des cas de transmission par des personnes ne présentant pas de symptômes.(21,25-32) Ainsi, sur 63 sujets infectés asymptomatiques étudiés en Chine, il est apparu que 9 (14 %) avaient infecté une autre personne.(31) En outre, sur deux études ayant minutieusement examiné la transmission secondaire des cas aux contacts, l'une n'a constaté aucune transmission secondaire parmi les 91 contacts de 9 cas asymptomatiques,(33) tandis que l'autre a recensé 6,4 % de cas imputables à une transmission présymptomatique.(32) Les données dont on dispose jusqu'ici sur les infections transmises par des cas ne présentant pas de symptômes proviennent d'un nombre limité d'études portant sur des échantillons réduits avec un possible biais de rappel, la transmission par des objets contaminés ne pouvant par ailleurs être exclue.

Orientations sur le port du masque dans les établissements de santé (y compris les établissements de soins de longue durée et les établissements d'hébergement)

Port du masque médical et d'un masque de protection respiratoire lors de soins dispensés à des cas présumés ou confirmés de COVID-19

On trouvera dans la présente section des orientations fondées sur des données factuelles ou un consensus concernant le port d'un masque médical ou d'un masque de protection respiratoire par des soignants dispensant directement des soins à des patients de la COVID-19.

Définitions

On entend par *masque médical* un masque chirurgical plat ou plissé, ajusté au visage au moyen de lanières à placer derrière les oreilles et/ou la tête. Leur efficacité est testée suivant des méthodes standardisées (ASTM F2100, EN 14683, ou équivalentes) visant à évaluer le compromis entre le haut degré de filtration, la respirabilité et, éventuellement, la résistance à la pénétration de liquides.(34, 35)

Les masques de protection respiratoire (FFR) visent eux aussi à concilier filtration et respirabilité ; mais alors que les masques médicaux filtrent les gouttelettes de 3 micromètres, les masques de protection respiratoire doivent être plus performants et filtrer des particules solides de 0,075 micromètre. Les FFR européens, d'après la norme EN 149, au niveau FFP2, filtrent au moins 94 % des particules NaCl solides et gouttelettes d'huile alors que les FFR US N95 selon la norme NIOSH 42 CFR Part 84 filtrent au moins 95 % des particules NaCl. Les FFR certifiés doivent aussi assurer une bonne respirabilité en offrant un maximum de résistance lors de l'inspiration et de l'expiration. Une autre différence importante tient à la manière de tester la filtration ; dans le cas des masques médicaux, les tests de filtration sont effectués sur une section transversale, alors que sur les FFR la filtration est testée sur toute la surface. Les couches du matériel de filtration et la forme des FFR dont les bords ajustés sur le visage sont bien étanches garantissent un degré de filtration déclaré lors du port à la différence de la forme ouverte non étanche des masques médicaux. Les FFR doivent aussi satisfaire à d'autres critères d'efficacité, notamment à des paramètres spécifiques concernant la concentration maximale de CO_2, le taux de fuite maximum vers l'intérieur et la résistance des lanières à la traction.(36, 37)

Données disponibles

Les orientations de l'OMS quant au type de protection respiratoire à assurer aux soignants s'occupant directement de patients atteints de la COVID-19 sont fondées sur : 1) les lignes directrices de l'OMS visant à prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins de santé ;(1) et 2) les revues systématiques actualisées d'essais contrôlés randomisés sur l'efficacité des masques médicaux comparativement aux masques de protection respiratoire du point de vue du risque d'affection respiratoire clinique, du risque d'affection de type grippal et du risque de grippe ou d'infections virales confirmées au laboratoire. Les orientations de l'OMS vont dans le même sens que les lignes directrices récentes d'organisations professionnelles (la European Society of Intensive Care Medicine et la Society of Critical Care Medicine, ainsi que l'Infectious Diseases Society of America).(38, 39)

Il ressort de méta-analyses de revues systématiques de la littérature que le port du masque de protection respiratoire N95 à la différence du port du masque médical n'est pas associé à un risque statistiquement significatif plus faible d'affection respiratoire clinique ou de grippe ou d'infection virale confirmées au laboratoire.(40, 41) Les données probantes de faible certitude issues d'une revue systématique d'études d'observation liées aux bétacoronavirus à l'origine du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et de la COVID-19 montrent que le port du masque (notamment du masque de protection respiratoire et du masque médical) conduit à une forte réduction du risque d'infection des soignants ; les masques de protection respiratoire N95 ou de type similaire peuvent être associés à une plus forte réduction du risque que les masques médicaux ou les masques en coton à 12–16 couches). Les études présentaient toutefois d'importantes limitations (biais de rappel, informations limitées sur les situations dans lesquelles on portait le masque de protection respiratoire et concernant l'évaluation de l'exposition) et la plupart ont été réalisées dans des cadres où des IPA étaient effectuées.(42)

L'OMS continue de recueillir des données et des informations scientifiques sur l'efficacité du port de différents types de masque et sur les risques et inconvénients qu'ils présentent, ainsi que sur le port du masque associé à l'hygiène des mains, à la distanciation physique et aux autres mesures de lutte anti-infectieuse.

Recommandations

Le Groupe de l'OMS chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 a examiné l'ensemble des données probantes disponibles sur les modes de transmission du virus de la COVID-19 et sur la comparaison entre masques médicaux et masques de protection respiratoire pour protéger les soignants contre l'infection, sur la certitude des données probantes, ainsi que sur les avantages et inconvénients potentiels, comme les lésions cutanées du visage, la dermite irritative ou l'aggravation de l'acné ou encore les difficultés respiratoires qu'ils peuvent provoquer, ces dernières étant plus fréquentes dans le cas des masques de protection respiratoire.(43, 44)

Le Groupe a également examiné les implications du maintien ou de la modification des recommandations actuelles, du point de vue de la disponibilité des deux types de masques, des considérations relatives aux coûts et aux achats, de la faisabilité et de l'équité d'accès des soignants du monde entier à ces moyens de protection. Il a reconnu qu'en général les soignants préfèrent nettement les moyens de protection considérés comme les plus performants pour prévenir l'infection par le virus de la COVID-19 et par conséquent accordent une valeur particulière aux avantages potentiels des masques de protection respiratoire là où des IPA ne sont pas effectuées, même si certaines études ont démontré l'efficacité équivalente des masques médicaux et si d'autres tendant à montrer que le port du masque de protection respiratoire réduit davantage les risques se fondent sur des données probantes de faible certitude.

Définitions

Le port généralisé du masque dans un établissement de santé s'entend de l'obligation pour tout soignant et toute personne entrant dans l'établissement de porter un masque quelles que soient les activités qu'ils effectuent (examiné avec le Groupe de l'OMS chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19).

Le port ciblé systématique d'un masque médical s'entend du port d'un masque médical par tout soignant ou aidant travaillant dans les lieux de soins pour les activités courantes pendant toute la journée de travail. Le masque doit être changé uniquement s'il est sali, humide ou endommagé ou si la personne est amenée à l'enlever (par exemple pour manger, boire ou s'occuper d'un patient pour lequel des précautions contre les gouttelettes/le contact s'imposent pour d'autres raisons (examiné avec le Groupe de l'OMS chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 DG)).

On entend par *soignant* toute personne affectée avant tout à des activités visant en priorité à améliorer la santé, par exemple le personnel infirmier et obstétrical, les médecins, et les autres personnes travaillant dans les établissements de santé, les préposés au nettoyage ou à l'action sociale et les agents de santé communautaires, etc. (46)

En conclusion, la grande majorité des membres du Groupe ont confirmé les précédentes recommandations de l'OMS, à savoir notamment :

- qu'en l'absence d'IPA,[2] l'OMS recommande que les soignants s'occupant directement de patients atteints de la COVID-19 portent un masque médical (en plus d'autres articles d'EPI prévus dans le cadre des précautions liées aux gouttelettes et aux contacts);
- dans les lieux de soins aux patients atteints de la COVID-19 où sont effectués des IPA (par exemple les unités de soins intensifs et semi-intensifs contre la COVID-19), l'OMS recommande que les soignants portent un masque de protection respiratoire (de type N95 ou FFP2 ou FFP3, ou équivalent).

Note : Les masques de protection respiratoire sont recommandés dans les lieux où sont effectués des IPA. Sur la base des valeurs et des préférences et en cas de large disponibilité, on pourra également les porter lors des soins directement dispensés à des patients atteints de la COVID-19 dans d'autres lieux. Pour des orientations complémentaires sur l'EPI, y compris le port par les soignants d'autres articles d'EPI en plus du masque, voir Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV) (2) ainsi que les orientations de l'OMS sur l'utilisation rationnelle des EPI.(45)

Port en permanence d'un masque médical par les soignants dans les zones de transmission communautaire avérée ou présumée de la COVID-19

On envisage dans cette section le port en permanence du masque médical par les soignants et aidants dans les zones où la transmission communautaire est avérée ou présumée indépendamment de la prestation de soins directs à des patients atteints de la COVID-19.

Données disponibles

Dans les zones où sévissent la transmission communautaire ou des flambées à grande échelle de COVID-19, le port généralisé du masque a été adopté dans de nombreux établissements hospitaliers afin de réduire le risque de transmission (asymptomatique, présymptomatique et symptomatique) de la COVID-19 par les soignants ou par toute personne pénétrant dans l'établissement à d'autres soignants ou à des patients.(47)

On ne dispose pas actuellement d'études ayant évalué l'efficacité et les effets indésirables éventuels du port généralisé ou du port ciblé systématique du masque par les soignants pour prévenir la transmission du SARS-CoV-2. Malgré le manque de données, la grande majorité des membres du Groupe de l'OMS chargé d'élaborer les orientations de la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 souscrivent, dans les zones cliniques (indépendamment de la présence dans de telles zones de patients atteints de la COVID-19 ou d'autres patients) là où la transmission communautaire de la COVID-19 est avérée ou présumée, à la pratique du port d'un masque médical par les soignants et aidants sans interruption pendant les heures de travail, sauf pour manger ou boire ou lorsqu'ils changent de masque après les soins dispensés à un patient pour lequel des précautions contre les gouttelettes/le contact s'imposent pour d'autres raisons pour d'autres raisons (grippe, par exemple), afin d'éviter toute possibilité de transmission croisée.

Cette pratique reflète les préférences marquées et les valeurs particulières attribuées à la prévention de l'infection par le virus de la COVID-19 des soignants et des patients atteints d'autres maladies qui peuvent l'emporter sur l'inconfort éventuel du masque et les autres conséquences négatives du port du masque en permanence pendant les heures de travail ainsi que sur les données peu abondantes actuellement disponibles.

Note : Les décideurs devraient envisager l'intensité de la transmission dans la zone desservie par l'établissement de santé et la faisabilité d'appliquer une politique de port systématique du masque par tous les soignants au lieu d'une politique fondée sur le risque d'exposition évalué ou présumé. Il convient de toute manière de tenir compte des achats et des coûts et de les planifier. En prévoyant le port des masques par l'ensemble du personnel soignant, il faudra veiller à leur disponibilité à long terme en particulier dans le cas des soignants s'occupant de cas confirmés ou présumés de COVID-19.

[2] La liste OMS des IPA comprend les actes suivants : intubation trachéale, ventilation non invasive, trachéotomie, réanimation cardiopulmonaire, ventilation manuelle avant l'intubation, bronchoscopie, induction de crachats par nébulisation d'une solution saline hypertonique et actes liés à une autopsie.

Orientations

Dans le contexte des lieux ou des zones touchés par une transmission communautaire confirmée ou présumée ou par des flambées intenses, les orientations de l'OMS sont les suivantes :

- Les soignants, y compris les agents de santé communautaires et les aidants, affectés aux soins cliniques devraient porter un masque médical en permanence pour les tâches habituelles pendant les heures de travail sauf pour manger ou boire ou lorsqu'ils changent de masque après s'être occupés d'un patient pour lequel des précautions contre les gouttelettes/le contact s'imposent pour d'autres raisons ;
- Selon les experts, le port systématique du masque est particulièrement important là où le risque de transmission est potentiellement plus élevé, notamment dans les zones de triage, les cabinets de généralistes/médecins de famille, les soins ambulatoires, les services d'urgence, les unités réservées aux patients atteints de COVID-19, les unités d'hématologie, d'oncologie et de transplantation d'organes et les établissements de soins au long cours et d'hébergement ;
- En portant un masque médical sans interruption pendant les heures de travail, les soignants devront veiller :
  - à changer de masque lorsqu'il est humide, sale ou endommagé ;
  - à ne pas toucher le masque pour l'ajuster ou le déplacer du visage pour un motif quelconque – auquel cas il faudra l'ôter en toute sécurité et le remplacer – et à bien se laver les mains ;
  - à jeter le masque (de même que tout autre équipement de protection individuelle) et à le changer après les soins dispensés à un patient en évitant les éventuels contacts et gouttelettes susceptibles de transmettre d'autres agents pathogènes ;
- Le personnel qui n'est pas affecté aux soins cliniques (par exemple le personnel administratif) n'a pas besoin de porter un masque médical pour accomplir ses tâches habituelles ;
- Les masques ne doivent pas être échangés entre soignants ; une fois ôtés, il faut les jeter et ne pas les réutiliser ;
- Un masque de protection respiratoire assurant au moins le niveau de protection prévu par les normes de l'US National Institute for Occupational Safety and Health certified N95, N99, de l'US FDA surgical N95, de l'Union européenne FFP2 ou FFP3, ou équivalentes, devra être porté dans les lieux réservés aux patients atteints de la COVID-19 où sont effectués des IPA (voir plus haut les recommandations de l'OMS). Dans ces lieux, le masque devra notamment être porté en permanence par les soignants pendant les heures de travail dès que cette politique sera mise en œuvre.

Pour être entièrement efficace, le port systématique du masque médical par les soignants pendant les heures de travail doit s'accompagner d'autres mesures visant à renforcer le lavage fréquent des mains et la distanciation physique entre soignants dans les endroits communs et fréquentés où le port du masque est malcommode – cafétéria, vestiaire, etc., par exemple.

Il faudra notamment tenir compte des **risques et inconvénients potentiels** suivants en adoptant l'approche du port ciblé systématique du masque médical :

- autocontamination due à la manipulation du masque par des mains contaminées ;(48, 49)
- autocontamination potentielle si un masque humide, sale ou endommagé n'est pas changé ;
- lésions cutanées faciales possibles, dermite irritante ou aggravation de l'acné résultant du port du masque pendant plusieurs heures d'affilée ;(43, 44, 50)
- masques inconfortables;(41, 51)
- fausse impression de sécurité pouvant conduire à un respect moins scrupuleux des mesures préventives qui ont fait leurs preuves comme la distanciation physique et l'hygiène des mains;
- risque de transmission de gouttelettes et d'éclaboussures si le masque n'est pas associé à une protection des yeux ;
- inconvénients ou difficultés liés au port du masque par certains groupes vulnérables, par exemple les personnes atteintes de troubles mentaux, de déficiences développementales, de surdité et de troubles de l'audition et les enfants ;
- difficultés liées au port du masque en milieu chaud et humide.

Tableau 1. Types de masques à porter par le personnel de santé en fonction du scénario de transmission, du cadre et de l'activité*

Scénario de transmission de la COVID-19	Type de personnel	Cadre	Activité	Type de masque*
Transmission communautaire avérée ou présumée	Soignants ou aidants	Établissement de santé (soins de niveaux primaire, secondaire et tertiaire, soins ambulatoires et soins au long cours)	Soins hospitaliers – à des cas présumés ou confirmés de COVID-19 ou à d'autres patients	Masque médical (port ciblé systématique)
	Personnel travaillant dans un établissement de santé mais non affecté aux soins aux patients (personnel administratif, par exemple)	Établissement de santé (soins de niveaux primaire, secondaire et tertiaire, soins ambulatoires et soins au long cours)	Pas d'activités courantes dans les zones fréquentées par les patients	Masque médical non nécessaire. Port du masque médical envisagé uniquement en cas de contact avec des patients ou à une distance de moins d'un mètre, ou selon l'évaluation des risques sur place.
	Soignants	Visites à domicile (pour des soins prénatals ou postnatals ou en cas d'affections chroniques, par exemple)	Activités impliquant un contact direct ou à une distance de moins d'un mètre	Envisager le port du masque médical
	Soignants	Communauté	Programmes communautaires de proximité	Envisager le port du masque médical
Transmission sporadique ou groupes de cas de COVID-19	Soignants ou aidants	Établissement de santé (soins de niveaux primaire, secondaire et tertiaire, soins ambulatoires et soins au long cours)	Toutes formes de soins aux patients	Port du masque médical selon les précautions types fondées sur la transmission (évaluation des risques)
	Soignants	Communauté	Programmes communautaires de proximité	Masque non nécessaire
Tous scénarios de transmission	Soignants ou aidants	Établissement de santé (soins de niveaux primaire, secondaire et tertiaire, soins ambulatoires et soins au long cours)	Lors de contact avec un cas présumé ou confirmé de COVID-19	Masque médical
	Soignants	Établissement de santé (y compris établissements de soins au long cours), là où sont effectuées des interventions produisant des aérosols (IPA)	IPA sur un cas présumé ou confirmé de COVID-19 ou soins dispensés dans un contexte où des IPA sont effectuées sur des patients atteints de COVID-19	Masque de protection respiratoire (N95 ou N99 ou FFP2 ou FFP3)
	Soignants ou aidants	Soins à domicile	Activités impliquant un contact étroit avec un cas présumé ou confirmé de COVID-19 ou à une distance de moins d'un mètre	Masque médical

*Ce tableau concerne uniquement le port de masques médicaux et de masques de protection respiratoire, qui devra parfois être associé à d'autres articles d'équipement de protection individuelle et à d'autres mesures selon qu'il conviendra, ainsi qu'au respect systématique de l'hygiène des mains.

Solutions autres que le masque médical dans les établissements de santé :

En cas de grave pénurie, on pourra envisager de remplacer le masque médical par un écran facial. Sur la base des informations limitées dont on dispose, le port d'un masque en tissu au lieu d'un masque médical pour la protection des soignants n'est pas jugé approprié. Il ressort d'une étude portant sur l'évaluation des masques en tissu dans un établissement de soins que les soignants qui utilisaient des masques en tissu de coton étaient davantage exposés au risque de contracter une affection de type grippal que ceux qui portaient un masque médical.(52)

Comme pour les autres articles d'EPI, si la production de masques en tissu est proposée au niveau local dans des situations de pénurie ou de rupture de stock, les autorités locales doivent évaluer l'EPI proposé selon des normes et des spécifications techniques minimales précises.

Autres considérations relatives aux soins communautaires :
Les agents de santé communautaires devront toujours respecter les précautions de base concernant l'ensemble des patients, en veillant particulièrement à l'hygiène respiratoire et à l'hygiène des mains, à la propreté et à la désinfection des surfaces et de l'environnement et à l'usage approprié de l'équipement de protection individuelle. Les autres mesures nécessaires de lutte anti-infectieuse dépendront de la dynamique locale de la transmission de la COVID-19 et du type de contact qu'implique l'activité de soins. Les agents de santé communautaire devront veiller en outre à ce que les patients et eux-mêmes respectent une bonne hygiène respiratoire et les règles de distanciation physique en se tenant au moins à un mètre. Ils pourront également appuyer la mise sur pied et l'entretien de postes d'hygiène des mains et la sensibilisation communautaire à cet égard.(53)
Lors du déroulement d'activités de dépistage (par exemple, en interrogeant des patients), on pourra se passer du masque à condition que la distance minimale d'un mètre soit respectée et qu'il n'y ait aucun contact direct avec le patient.(42, 53) En cas de transmission communautaire avérée ou présumée, des précautions supplémentaires sont à envisager, notamment le port d'un masque médical par les agents de santé communautaires assurant des soins courants essentiels (Tableau 2).

En cas d'infection présumée ou confirmée par le virus de la COVID-19, les agents de santé communautaires devront éviter la projection de gouttelettes et les contacts avec le patient, notamment en portant un masque médical, une blouse, des gants et des lunettes de protection.(53)

Orientations sur le port du masque par le grand public

Données disponibles

Les études sur la grippe, les affections de type grippal et les coronavirus humains (autres que celui de la COVID-19) montrent que le port d'un masque médical peut éviter la propagation de gouttelettes infectieuses par un sujet infecté présentant des symptômes (lutte à la source) et la contamination potentielle de l'environnement par ces gouttelettes.(54, 55) Quelques données limitées montrent que le port d'un masque médical par des personnes en bonne santé, en particulier qui habitent avec un malade, ou par des personnes participant à des grands rassemblements, peut contribuer à prévenir la transmission.(41, 56-61) Une récente méta-analyse de ces études d'observation, qui comporte les biais propres aux données d'observation, a montré que les masques chirurgicaux jetables et les masques réutilisables en coton à 12-16 couches étaient associés à la protection des bien-portants à domicile et en contact avec des sujets infectés.(42)

Cette constatation pourrait être considérée comme un argument en faveur du port du masque (médical ou non médical) par les bien-portants au sein de la communauté en général ; ces études semblent indiquer qu'il faudrait pour être contaminés qu'ils se trouvent à proximité immédiate d'un sujet infecté à domicile ou participer à un grand rassemblement où il n'est pas possible de respecter la distanciation physique.

Les résultats d'essais contrôlés randomisés par groupe sur le port du masque par les jeunes universitaires adultes vivant sur un campus aux États-Unis d'Amérique indiquent que les masques faciaux peuvent réduire le taux d'affections de type grippal, sans avoir cependant d'impact sur le risque de grippe confirmée en laboratoire.(62, 63) À l'heure actuelle, il n'y a pas d'éléments directs (provenant d'études sur la COVID-19 et sur les personnes en bonne santé au sein de la communauté) sur l'efficacité du port généralisé du masque par les bien-portants en vue de prévenir les infections dues à des virus respiratoires, notamment celui de la COVID-19.

L'OMS qui suit régulièrement les nouvelles données sur cette importante question publiera des mises à jour à mesure que de nouvelles informations seront disponibles.

Orientations

1) **L'OMS recommande aux personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 (1, 2) :**
   - de porter un masque médical, de s'isoler et de consulter un médecin dès qu'elles commencent à ressentir des symptômes potentiels même bénins de la COVID-19 – fièvre, toux, fatigue, perte d'appétit, dyspnée et douleurs musculaires notamment, ou d'autres symptômes non spécifiques qui ont été signalés, mal de gorge, congestion nasale, mal de tête, diarrhée, nausées ou vomissements par exemple. La perte de l'odorat et du goût précédant l'apparition de symptômes respiratoires a également été signalée.(64, 65) Les personnes âgées ou immunodéprimées peuvent présenter des symptômes atypiques – fatigue, perte de vivacité, mobilité réduite, diarrhée, perte d'appétit, délire et absence de fièvre.(26, 66, 67) Il est important de remarquer que chez certaines personnes atteintes par la COVID-19 les premiers symptômes peuvent être tout à fait bénins et non spécifiques ;
   - de suivre les instructions précisant comment mettre, retirer et jeter un masque médical et respecter une bonne hygiène des mains ; (68)
   - d'appliquer toutes les autres mesures, en particulier de respecter l'hygiène respiratoire et la distanciation physique (d'au moins 1 mètre) et de se laver fréquemment les mains.(42)

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, il est recommandé à chacun, qu'il porte ou non un masque :
- d'éviter les attroupements et les espaces encombrés (en suivant les conseils locaux) ;
- de se tenir à une distance d'au moins 1 mètre des autres, notamment de personnes présentant des symptômes respiratoires (qui toussent ou éternuent par exemple) ;
- de pratiquer fréquemment l'hygiène des mains avec une solution hydroalcoolique si elles ne sont pas visiblement sales, ou alors avec de l'eau et du savon ;
- de respecter une bonne hygiène respiratoire, en se couvrant le nez et la bouche avec le pli du coude ou avec un mouchoir en papier s'il tousse ou éternue, de jeter immédiatement le mouchoir et de veiller ensuite à l'hygiène des mains ;
- d'éviter de se toucher la bouche, le nez ou les yeux.

2) Conseils destinés aux décideurs sur le port du masque par le grand public

De nombreux pays ont recommandé au grand public de se couvrir le visage, notamment par un masque en tissu. À l'heure actuelle, on ne dispose pas encore de données factuelles directes de qualité attestant de l'efficacité du port généralisé du masque par les personnes en bonne santé dans la communauté et il faut procéder à un bilan des avantages et des inconvénients à cet égard (voir ci-dessous).

Il n'en reste pas moins qu'à la lumière des études disponibles évaluant la transmission présymptomatique et asymptomatique, un faisceau croissant d'observations sur le port du masque par le grand public dans plusieurs pays, les valeurs et les préférences personnelles ainsi que la difficulté de respecter la distanciation physique dans de nombreux contextes, l'OMS a mis à jour ses orientations et conseille désormais aux autorités, pour prévenir efficacement la transmission de la COVID-19 dans les zones de transmission communautaire, d'encourager le port du masque par le grand public dans des situations et lieux particuliers, dans le cadre d'une approche globale de lutte contre la transmission du SARS-CoV-2 (Tableau 2).

L'OMS conseille aux décideurs de suivre une approche fondée sur les risques en mettant l'accent sur les critères suivants lorsqu'ils envisagent ou encouragent le port du masque par le grand public :

1. **But** du port du masque : éviter qu'un porteur infecté ne transmette le virus (lutte à la source) et/ou protéger un porteur en bonne santé contre l'infection (prévention).

2. Risque **d'exposition** au virus de la COVID-19
   - dû à l'épidémiologie et à l'intensité de la transmission dans la population : en cas de transmission communautaire avérée et de capacité limitée ou nulle de mettre en œuvre d'autres mesures de confinement comme la recherche des contacts, la capacité d'effectuer des tests et la capacité d'isoler et de soigner des cas présumés ou confirmés.
   - lié à l'activité professionnelle : par exemple, dans le cas de personnes appelées à avoir des contacts étroits avec d'autres (travailleurs sociaux, services de soutien personnel, caissières, par exemple).

3. **Vulnérabilité** du porteur du masque/de la population : par exemple, les masques médicaux pourraient être utilisés par les personnes âgées, les sujets immunodéprimés et les personnes atteintes de comorbidités – maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire, diabète sucré, affection respiratoire chronique ou cancer. (69)

4. **Cadre de vie** de la population : situations où la densité de population est élevée (camps de réfugiés ou situations comparables, zones surpeuplées) et où il n'est pas possible de respecter la distance physique d'au moins un mètre (par exemple, dans les transports publics).

5. **Faisabilité** : disponibilité et coût des masques, accès à l'eau propre pour laver les masques non médicaux et tolérance des effets indésirables du port du masque.

6. **Type** de masque : masque médical ou non médical

Sur la base de ces critères, le Tableau 2 offre des exemples pratiques de situations où le port du masque par le grand public devrait être encouragé, en indiquant les populations cibles spécifiques et le type de masque à utiliser en fonction du but visé. La décision des gouvernements et des autorités locales de recommander ou d'imposer le port du masque devrait être prise en fonction des critères présentés ci-dessus et à la lumière de la culture et du contexte locaux, de la disponibilité des masques, des ressources nécessaires et des préférences de la population.

Tableau 2. Exemples de cas où le grand public devrait être encouragé à porter un masque médical ou non médical dans les zones à transmission communautaire avérée ou présumée

Situations/endroits	Population	But du port du masque	Type de masque à envisager en cas de recommandation locale
Zones à transmission répandue avérée ou présumée où la capacité est limitée ou nulle d'appliquer d'autres mesures de confinement comme la distanciation physique, la recherche des contacts, la réalisation des tests appropriés, l'isolement et les soins aux cas présumés ou confirmés	Tout le monde dans les lieux publics comme les supermarchés, au travail, lors de réunions sociales ou de rassemblements de masse, dans les lieux clos comme les écoles, les églises et les mosquées, etc.	Peut contribuer à la lutte à la source	Masque non médical
Contextes à forte densité de population, où la distanciation physique ne peut être respectée, les capacités de surveillance et de dépistage sont limitées et les équipements nécessaires pour l'isolement et la quarantaine font défaut	Personnes vivant à l'étroit et dans des cadres spécifiques comme les camps de réfugiés et les situations comparables ou les bidonvilles	Peut contribuer à la lutte à la source	Masque non médical
Contextes où la distanciation physique ne peut être respectée (contact étroit)	Usagers des transports en commun (bus, avion ou train, par exemple) Conditions de travail spécifiques qui mettent ou risquent de mettre un employé – travailleurs sociaux, caissières, personnel de restaurant par exemple – en contact étroit avec d'autres personnes	Peut contribuer à la lutte à la source	Masque non médical
Contextes où la distanciation physique ne peut être respectée et les risques d'infection et/ou d'effets indésirables sont élevés	Groupes vulnérables : • Personnes âgées de 60 ans et plus • Personnes atteintes de comorbidités sous-jacentes – maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire, diabète sucré, affection pulmonaire chronique, cancer, état immunodéprimé	Protection	Masque médical
N'importe où dans la communauté*	Personnes présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19	Lutte à la source	Masque médical

*Tous scénarios de transmission

Effets bénéfiques/avantages potentiels

Dans le grand public, le port du masque par des personnes en bonne santé peut notamment présenter les avantages suivants :

- risque potentiellement réduit d'exposition à des sujets infectés encore asymptomatiques ;
- stigmatisation potentiellement réduite des personnes portant un masque pour éviter d'infecter autrui (lutte à la source) et de celles qui s'occupent de patients atteints de la COVID-19 dans des contextes non cliniques ;(70)
- impression donnée aux gens de contribuer à stopper la propagation du virus ;
- occasion de rappeler à la population les autres mesures à respecter (veiller par exemple à l'hygiène des mains, ne pas se toucher le nez ou la bouche) – l'effet inverse étant toutefois aussi possible (voir ci-dessous) ;
- effets socioéconomiques potentiels. Face à la pénurie mondiale de masques chirurgicaux et d'équipement de protection individuelle, le fait d'encourager les gens à fabriquer leurs propres masques peut contribuer à l'initiative personnelle et à l'intégration communautaire.

La production de masques non médicaux peut être une source de revenu pour ceux qui sont en mesure de les fabriquer dans leur communauté. Les masques en tissu peuvent aussi offrir un moyen d'expression culturelle propre à favoriser l'acceptation des mesures de protection en général. La réutilisation sans risque des masques en tissu permettra de réduire les coûts et le gaspillage.

Effets indésirables/inconvénients potentiels

Dans le grand public, le port du masque par des personnes en bonne santé peut notamment présenter les désavantages suivants :

- risque potentiellement accru d'autocontamination dû au fait de manipuler un masque facial puis de se toucher les yeux avec des mains contaminées ; (48, 49)
- autocontamination possible si un masque non médical humide ou sale n'est pas remplacé, favorisant ainsi la prolifération de microorganismes ;
- mal de tête et/ou difficultés respiratoires possibles selon le type de masque utilisé ;

- lésions cutanées faciales, dermite irritative ou aggravation de l'acné en cas de port fréquent et prolongé du masque ; (50)
- difficulté de communiquer clairement ;
- sensation possible d'inconfort ; (41, 51)
- fausse impression de sécurité pouvant conduire à un respect moins scrupuleux des mesures préventives qui ont fait leurs preuves comme la distanciation physique et l'hygiène des mains ;
- port du masque mal supporté, notamment par le jeune enfant ;
- problèmes liés à la gestion des déchets ; l'élimination sauvage des masques peut entraîner une augmentation du volume des déchets dans les lieux publics, présentant un risque de contamination des préposés au nettoyage des rues et des risques pour l'environnement ;
- difficultés de communiquer en cas de surdité et de dépendance de la lecture labiale ;
- désavantages et difficultés liés au port du masque éprouvés par les enfants, les personnes atteintes de troubles mentaux ou de déficiences développementales, les personnes âgées atteintes de déficiences cognitives, les asthmatiques ou les personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques, les personnes ayant récemment subi un traumatisme facial ou une intervention chirurgicale orale ou maxillofaciale, ainsi que celles qui vivent dans un environnement chaud et humide.

Si le port du masque est recommandé pour le grand public, les décideurs politiques devraient :

- communiquer clairement le but recherché, indiquer où, quand et comment le porter et le type de masque à utiliser, expliquer les résultats que le port du masque permettra ou ne permettra pas d'atteindre et préciser clairement que le port du masque s'inscrit dans le cadre d'une série de mesures aux côtés de l'hygiène des mains, de la distanciation physique et d'autres mesures, toutes nécessaires et qui se renforcent mutuellement ;
- former la population au port du masque et indiquer aux gens quand et comment le porter en toute sécurité (voir les sections sur la gestion et l'entretien des masques), c'est-à-dire comment le mettre, le placer correctement, l'enlever, le laver et le jeter ;
- examiner la faisabilité du port du masque, les questions d'approvisionnement et d'accès et l'acceptation sociale et psychologique (de comportements qui consistent à porter ou à ne pas porter tel ou tel type de masque dans tel ou tel contexte) ;
- continuer à recueillir des données scientifiques sur l'efficacité du port du masque (y compris de différents types et marques ainsi que d'autres moyens de se couvrir le visage, par une écharpe par exemple) dans des contextes autres que les soins de santé ;
- évaluer l'effet (positif, négatif ou neutre) du port du masque par le grand public (y compris du point de vue des sciences sociales et comportementales).

L'OMS encourage les pays et les communautés à adopter des politiques sur le port du masque par le grand public et à effectuer des recherches de qualité pour en évaluer l'efficacité dans la lutte contre la transmission.

3) Types de masques à envisager

Masques médicaux

Les masques médicaux doivent être certifiés conformément à des normes internationales ou nationales afin de garantir une efficacité prévisible lorsqu'ils sont portés par des soignants, en fonction des risques et du type d'acte accompli dans un établissement de santé. Le masque étant destiné à un usage unique, la filtration initiale d'au moins 95 % des gouttelettes, la respirabilité et, s'il y a lieu, l'imperméabilité sont attribuées au type (par exemple en spunbond ou meltblown) et aux couches de matériaux fabriqués non tissés (comme le polypropylène, le polyéthylène ou la cellulose). Les masques médicaux ont une forme rectangulaire et comprennent trois ou quatre couches. Chaque couche est composée de fibres fines à très fines. Ces masques subissent des tests vérifiant leur capacité de bloquer les gouttelettes (de 3 micromètres selon les normes EN 14683 et ASTM F2100) et les particules (de 0,1 micromètre selon la norme ASTM F2100 uniquement). Les masques doivent bloquer les gouttelettes et les particules et en même temps assurer la respirabilité en laissant passer l'air. Il s'agit de dispositifs médicaux réglementés et classés comme EPI.

En cas d'utilisation dans la communauté, il existe un risque que cette ressource vitale soit détournée des soignants et des personnes qui en ont besoin en priorité. Là où les stocks sont insuffisants, **il convient de réserver les masques médicaux aux soignants et aux personnes à risque selon les indications.**

Masques non médicaux

Les masques non médicaux (on parle aussi de « masques en tissu » dans le présent document) utilisent différents types de matériaux, tissés ou non, par exemple en polypropylène. Ils peuvent associer différents tissus, différentes couches et présenter différentes formes. Ces associations ont rarement fait l'objet d'une évaluation systématique et la conception des masques disponibles quant au modèle, au matériau utilisé, à la forme ou au nombre de couches n'est pas uniforme. Les multiples associations de tissus et matériaux dont ils sont constitués entraîne des caractéristiques très différentes de filtration et de respirabilité.

Un masque non médical n'est ni un dispositif médical ni un équipement de protection individuelle. L'Association de normalisation française (le Groupe AFNOR) a cependant établi une norme pour les masques non médicaux définissant l'efficacité minimale de filtration (filtration d'au moins 70 % des particules solides ou des gouttelettes) et la respirabilité (différence de pression maximale de 0,6 mbar/cm^2 ou résistance maximale à l'inspiration de 2,4 mbar et résistance maximale à l'expiration de 3 mbar).(71)

En raison des normes moins contraignantes de filtration, de respirabilité et d'efficacité en général qui leur sont applicables, le port de masques non médicaux constitués de tissus et/ou de matériaux non tissés ne doit être envisagé que pour la lutte à la source (port par des sujets infectés), au sein de la communauté et non à des fins de prévention. Ils seront portés pour des activités particulières (par exemple dans les transports publics lorsqu'il n'est pas possible de respecter les règles de distanciation physique) et leur utilisation doit toujours être associée à un lavage fréquent des mains et à la distanciation physique.

Les décideurs appelés à donner des conseils relatifs au type de masque non médical à porter devront tenir compte des caractéristiques suivantes de ces produits : efficacité de filtration (FE), ou filtration, respirabilité, nombre et association des matériaux constitutifs, forme, enduit et entretien.

a) Type de matériaux : efficacité de filtration (FE), respirabilité des couches individuelles, facteur de qualité du filtrage

Le choix des matériaux à utiliser est une première étape importante car la filtration (effet de barrière) et la respirabilité varient d'un type de tissu à l'autre. L'efficacité de filtration est fonction du caractère plus ou moins serré du tissage, ou du diamètre des fibres ou des fils et, dans le cas de matériaux non tissés, du procédé de fabrication (spunbond, meltblown, filage par voie électrostatique).(49, 72) On a montré que la filtration des tissus et des masques varie entre 0,7 % et 60 %.(73, 74) Plus l'efficacité de la filtration est élevée, plus le tissu fait barrière.

La respirabilité s'entend de la possibilité de respirer à travers le tissu du masque. Elle est exprimée pour l'ensemble du masque par la différence de pression en millibars (mbar) or Pascals (Pa) ou, pour une partie du masque, sur un centimètre carré (mbar/cm^2 or Pa/cm^2). Pour les masques médicaux, on considère comme acceptable, une différence de pression inférieure à 49 Pa/cm^2. Dans le cas des masques non médicaux, la différence de pression sur l'ensemble du masque devrait être inférieure à 100 Pa.(73)

Selon le tissu utilisé, l'efficacité de filtration et la respirabilité peuvent se compléter ou au contraire s'opposer. Il ressort de données récentes, que deux couches non tissées en spunbond – le même matériau utilisé pour les couches externes des masques médicaux jetables – offrent une filtration et une respirabilité acceptables. Les masques en coton sur le marché assurent généralement une très bonne respirabilité mais un moins bon niveau de filtration.(75) Le facteur de qualité du filtrage, connu sous le nom de facteur « Q », couramment utilisé pour mesurer la qualité du filtrage, est fonction de l'efficacité de filtration (de la filtration) et de la respirabilité, une valeur plus élevée reflétant une meilleure efficacité globale.(76) Le Tableau 3 indique l'efficacité de filtration (FE), la respirabilité et le facteur de qualité du filtrage Q, de plusieurs tissus et masques non médicaux.(73, 77) Selon le consensus des experts, trois (3) est le niveau minimum recommandé pour le facteur Q. Le classement revêt un caractère purement indicatif.

Tableau 3. Efficacité de filtration des masques non médicaux, chute de pression et facteur de qualité du filtrage*

Materiaux	Source	Structure	Efficacité de filtration initiale (%)	Chute de pression initiale (Pa)	Facteur de qualité du filtrage, Q ** (kPa^{-1})
Polypropylène	Utilisation des matériaux achetés sous la forme d'origine	Spunbond (non tissé)	6	1,6	16,9
Coton 1	Vêtement (T-shirt)	Tissé	5	4,5	5,4
Coton 2	Vêtement (T-shirt)	Tricoté	21	14.5	7,4
Coton 3	Vêtement (chandail)	Tricoté	26	17	7,6
Polyester	Vêtement (couverture jeune enfant)	Tricoté	17	12,3	6,8
Cellulose	Mouchoir en papier	Lié	20	19	5,1
Cellulose	Serviette en papier	Lié	10	11	4,3
Soie	Serviette	Tissé	4	7,3	2,8
Coton, gaze	N/A	Tissé	0,7	6,5	0,47
Coton, mouchoir	N/A	Tissé	1,1	9,8	0,48
Nylon	Vêtement (pantalon de sport)	Tissé	23	244	0,4

* Le présent tableau se réfère uniquement aux matériaux mentionnés dans les études expérimentales soumises à un examen par les pairs. L'efficacité de filtration, la chute de la pression et le facteur Q dépendent du débit. ** Selon le consensus des experts, trois (3) est la valeur minimale recommandée du facteur Q.

Il est préférable de ne pas utiliser de matériaux élastiquex pour la fabrication du masque ; en effet l'étirement qu'il subit lorsqu'il est porté peut accroître la taille des pores et donc réduire l'efficacité de filtration. Les matériaux élastiques peuvent aussi se dégrader progressivement et être sensibles au lavage à haute température.

b) Nombre de couches

Le nombre de couches à utiliser varie selon le type de tissu, trois couches au minimum étant nécessaires. La première couche est en contact avec le visage alors que la couche extérieure est exposée à l'environnement.(78)

Lorsqu'on plie du tissu en deux (comme par exemple un tissu en nylon ou 100 % polyester) les deux couches offrent une efficacité de filtration 2 à 5 fois supérieure à la couche unique du même tissu, et cette efficacité augmente de 2 à 7 fois si le tissu est plié en 4.(75) Les masques fabriqués avec des mouchoirs en coton devraient comporter au moins 4 couches, mais leur efficacité de filtration ne dépasse pas 13 %.(73) Les tissus très poreux comme la gaze n'assurent pas une filtration

suffisante même avec des couches multiples ; leur efficacité de filtration n'est que de 3 %. (73)

Il est important de noter qu'un tissage serré peut affecter la respirabilité lorsqu'on augmente le nombre des couches. On peut se faire une idée de la respirabilité en plaçant des couches multiples du tissu devant la bouche et en essayant de respirer à travers.

c) Association des matériaux utilisés

Il faudrait idéalement prévoir les trois couches suivantes :1) une couche interne de matériau hydrophile (coton ou mélange de coton, par exemple) ; 2) une couche externe de matériau hydrophobe (polypropylène, polyester ou mélange, par exemple) qui peut limiter la contamination extérieure par pénétration jusqu'au nez et à la bouche du porteur du masque ; 3) une couche intermédiaire hydrophobe d'un matériau synthétique non tissé comme le polypropylène ou une couche de coton qui peut améliorer la filtration ou retenir les gouttelettes.

d) Forme des masques

Les masques peuvent être plats ou en forme de bec de canard et sont conçus de façon à épouser les formes du nez, des joues et du menton. Lorsque les bords du masque n'épousent pas la forme du visage et bougent, par exemple si le porteur parle, l'air intérieur ou extérieur passe par les bords du masque au lieu d'être filtré par le tissu. Les fuites qui permettent à l'air de pénétrer à l'intérieur ou de s'échapper peuvent être dues à la taille et à la forme du masque.(79)

Il est important de vérifier que le masque tient confortablement en place avec un minimum d'ajustements à l'aide de lanières ou d'attaches élastiques.

e) Enduits

Si le tissu est enduit d'un produit comme de la cire, l'effet de barrière est accentué et le masque devient imperméable ; mais l'enduit risque aussi de bloquer complètement les pores, d'affecter la respirabilité et de favoriser les fuites d'air expiré par le bord du masque. L'utilisation d'enduits n'est donc pas recommandée.

f) Entretien

Un masque ne doit être utilisé que par une seule personne. Il ne faut jamais se prêter des masques.

Tout masque humide ou visiblement sale doit être changé ; un masque humide ne doit pas être porté pendant une période prolongée. On l'ôtera sans toucher l'avant du masque en évitant ensuite de se toucher les yeux ou la bouche. Il faudra soit le jeter directement, soit le placer dans un sac qu'on pourra sceller où il sera conservé avant d'être lavé et nettoyé – après quoi on se lavera immédiatement les mains.

Les masques non médicaux doivent être lavés souvent et manipulés avec précaution, de façon à ne pas contaminer d'autres objets.

Le masque sera jeté si les couches de tissu paraissent usagées.

Si l'on utilise le tissu d'un vêtement pour fabriquer un masque, on vérifiera la température maximale indiquée pour le lavage. Si l'étiquette du vêtement indique les instructions de lavage, on vérifiera que le tissu tolère un lavage à l'eau tiède ou chaude. On choisira des tissus lavables. Le lavage se fera à l'eau chaude, à 60°C, avec du savon ou un détergent pour lessive. Le polypropylène (PP) non tissé en spunbond peut être lavé à haute température, jusqu'à 125°C.(72) Les fibres naturelles peuvent résister à de hautes températures au lavage et au repassage. On lavera délicatement (sans trop les frotter, les étirer ou les essorer) les masques confectionnés avec des matériaux non tissés (par exemple en spunbond). Les masques associant le PP non tissé en spunbond et le coton supportent une température élevée (vapeur ou eau bouillante).

En l'absence d'eau chaude, on lavera les masques avec du savon ou un détergent et de l'eau à température ambiante avant soit i) de les plonger dans de l'eau bouillante pendant une minute OU ii) de les tremper dans une solution chlorée à 0,1 % et de les rincer soigneusement ensuite dans de l'eau à température ambiante pour éliminer les éventuels résidus toxiques de chlore.

L'OMS collabore avec les partenaires de la recherche-développement et la communauté scientifique dans le milieu de l'ingénierie textile et de la conception des tissus pour contribuer à mieux comprendre l'efficacité et l'efficience des masques non médicaux. L'Organisation invite instamment les pays qui ont formulé des recommandations sur le port des masques médicaux et non médicaux dans la communauté par des personnes en bonne santé à entreprendre des recherches sur cet important sujet. Il s'agira de déterminer si les particules contenant le SARS-CoV-2 peuvent être expulsées à travers un masque non médical de qualité inférieure porté par un sujet qui présente des symptômes de COVID-19 en toussant, en éternuant ou en parlant. Des recherches sont également nécessaires sur le port du masque non médical par les enfants, par des personnes ayant des problèmes médicaux et dans des contextes particuliers comme évoqué plus haut.

Le Tableau 4 offre une synthèse des orientations et des considérations pratiques concernant la composition, la fabrication et la gestion des masques non médicaux.

Tableau 4. Orientations succinctes et considérations pratiques pour la fabrication et la gestion des masques non médicaux

Orientations et considérations pratiques
Choix du tissu :
Choisir des matériaux qui retiennent les particules et les gouttelettes mais n'entravent pas la respiration.
Éviter les matériaux élastiques susceptibles de réduire l'efficacité de la filtration lors du port du masque et sensibles au lavage à haute température.
Préférer les tissus pouvant supporter des températures élevées (60°C ou plus).
Fabrication :
Trois couches au minimum sont nécessaires, en fonction du tissu utilisé : la couche intérieure est en contact avec la bouche et la couche extérieure exposée à l'air libre.
Choisir des matériaux ou des tissus qui absorbent l'eau (hydrophile) pour la couche intérieure afin de retenir les gouttelettes et un matériau synthétique pour la couche extérieure qui est au contraire hydrophobe.
Gestion des masques :
Un masque ne doit être porté que par une seule personne.
Un masque sale ou humide doit être changé et ne pas être porté pendant une période prolongée.
Les masques non médicaux doivent être lavés fréquemment et manipulés avec précaution afin de ne pas contaminer d'autres objets.
La plus haute température de lavage tolérée doit être vérifiée sur l'étiquette du vêtement dont le tissu est utilisé pour la fabrication du masque.
Le polypropylène (PP) non tissé en spunbond peut être lavé à haute température, jusqu'à 140°C.
Le PP non tissé en spunbond associé au coton tolère les hautes températures ; les masques qui les utilisent peuvent être lavés à la vapeur ou à l'eau bouillante.
En l'absence d'eau chaude, laver les masques avec du savon ou un détergent et de l'eau à température ambiante, puis i) les plonger dans de l'eau bouillante pendant une minute OU ii) les tremper dans une solution chlorée à 0,1 % pendant une minute avant de les rincer soigneusement à température ambiante afin d'éliminer tout résidu toxique de chlore.

3. Solutions autres que le masque non médical pour la protection du grand public

Face à la pénurie de masques non médicaux, on peut envisager de les remplacer par des écrans faciaux, moins efficaces cependant pour prévenir la transmission par les gouttelettes. Si cette solution est retenue, on veillera à utiliser des modèles de conception adéquate couvrant les côtés du visage et le menton. Les écrans faciaux sont parfois plus faciles à porter par ceux qui tolèrent mal les masques médicaux (en cas de troubles mentaux ou de déficience développementale, de surdité ou de problèmes d'audition par exemple, ou dans le cas des enfants).

Orientations sur le port du masque médical pour les soins à domicile aux patients atteints de la COVID-19

L'OMS offre des orientations sur les soins à domicile aux cas confirmés ou présumés de COVID-19 lorsqu'il n'est pas possible de les dispenser dans un établissement de santé ou un établissement d'hébergement. (4) Les soins à domicile peuvent être envisagés lorsque l'hospitalisation ou l'isolement dans un cadre non traditionnel n'est pas disponible ou comporte trop de risques (par exemple, si les capacités sont limitées et les ressources insuffisantes face à la demande de services). Si possible, un soignant qualifié procède à une évaluation pour vérifier si le patient et sa famille sont en mesure de suivre les recommandations relatives aux soins en isolement à domicile (par exemple, en matière d'hygiène des mains, d'hygiène respiratoire, de nettoyage, de limitations des déplacements à l'intérieur et en dehors du domicile) et de veiller aux consignes de sécurité (pour éviter par exemple l'ingestion accidentelle de solution hydroalcoolique ou les risques d'incendie liés à ce type de produit). Des orientations spécifiques devront être suivies pour la lutte anti-infectieuse dans le cadre des soins à domicile. (4)

Les personnes présumées infectées par le coronavirus ou présentant des symptômes bénins de la COVID-19 sans facteurs de risque devraient :

- être isolées dans un établissement médical si l'infection est confirmée, ou s'isoler à domicile si l'isolement en établissement médical ou dans un établissement désigné est contre-indiqué ou impossible ;
- veiller à pratiquer régulièrement l'hygiène des mains et à respecter l'hygiène respiratoire ;
- rester à au moins 1 mètre de distance d'autrui ;
- **porter un masque médical** dans la mesure du possible, en changeant de masque au moins une fois par jour. Les personnes qui ne tolèrent pas le port du masque médical veilleront au respect scrupuleux de l'hygiène respiratoire (en se couvrant la bouche et le nez avec le pli du coude ou avec un mouchoir jetable si elles toussent ou éternuent, en jetant celui-ci immédiatement après l'usage et en veillant ensuite à l'hygiène des mains) ;
- limiter leurs mouvements et réduire au maximum les espaces partagés ;
- éviter de contaminer les surfaces par la salive, des crachats ou des sécrétions respiratoires ;
- améliorer l'aération dans l'habitation en ouvrant autant que possible les fenêtres et les portes ;
- veiller à un nettoyage et une désinfection adéquats des surfaces touchées, là où le patient reçoit des soins – table de nuit, tête de lit et autres meubles dans la chambre ; écrans tactiles, claviers d'ordinateur et commandes ; équipement de la salle de bain, par exemple.

Les aidants ou ceux qui vivent dans les mêmes locaux qu'une personne présumée infectée ou présentant des symptômes bénins de la COVID-19 devraient :

- prendre des mesures d'hygiène des mains conformément aux Cinq Moments de l'hygiène des mains,(80) en se servant d'une solution hydroalcoolique si les mains ne sont pas visiblement sales, ou en se lavant les mains avec de l'eau et du savon si elles sont visiblement sales ;
- se tenir à au moins 1 mètre de distance de la personne lorsque cela est possible ;
- **porter un masque médical** lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce que la personne ;
- jeter immédiatement après utilisation tout article contaminé par des sécrétions respiratoires (mouchoirs jetables, par exemple) puis pratiquer l'hygiène des mains ;
- améliorer l'aération dans l'habitation en ouvrant les fenêtres autant que possible ;
- veiller à un nettoyage et une désinfection adéquats des surfaces touchées, dans la chambre du patient – table de nuit, tête de lit et autres meubles dans la chambre ; écrans tactiles, claviers d'ordinateur et commandes ; équipement de la salle de bain, par exemple.

Orientations relatives à la gestion des masques

Quel que soit le type de masque concerné, une utilisation et une élimination adéquates sont essentielles pour assurer leur efficacité et éviter une plus forte transmission.

L'OMS offre les orientations suivantes sur le bon usage des masques, fondées sur les meilleures pratiques en vigueur en milieu médical :

- pratiquer l'hygiène des mains avant de mettre le masque ;
- placer soigneusement le masque en veillant à ce qu'il couvre la bouche et le nez, qu'il épouse l'arête du nez et qu'il soit bien fixé pour réduire le plus possible les espaces éventuels entre le visage et le masque ;
- éviter de toucher le masque en le portant ;
- enlever le masque correctement, sans toucher l'avant du masque, en le détachant depuis l'arrière ;
- après avoir ôté le masque, ou après avoir touché par inadvertance un masque usagé, se frotter les mains avec une solution hydroalcoolique, ou les laver avec de l'eau et du savon si les mains sont visiblement sales ;
- remplacer un masque dès qu'il devient humide par un nouveau masque propre et sec ;
- ne jamais réutiliser un masque à usage unique ;
- jeter le masque à usage unique après l'utilisation et l'éliminer immédiatement après l'avoir enlevé.

L'OMS continue de suivre de près l'évolution de la situation en prévision de possibles changements de nature à justifier une modification des orientations provisoires. Si un tel changement de situation survient, une nouvelle version mise à jour sera établie. Sinon les orientations provisoires deviendront caduques deux ans après la date de leur publication

Références

1. Infection prevention and control of epidemic and pandemic-prone respiratory infections in health care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/, consulté le 13 mai 2020).

2. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/fr/publications/i/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125, consulté le 4 juin 2020).

3. Infection prevention and control for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-for-long-term-care-facilities-in-the-context-of-covid-19, consulté le 4 juin 2020).

4. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of contacts: interim guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331133, consulté le 4 juin 2020.

5. Liu J, Liao X, Qian S, Yuan J, Wang F, Liu Y, et al. Community Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(6):1320-3.

6. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020;395(10223):514-23.

7. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020;382(13):1199-207.

8. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.

9. Burke RM, Midgley CM, Dratch A, Fenstersheib M, Haupt T, Holshue M, et al. Active Monitoring of Persons Exposed to Patients with Confirmed COVID-19 - United States, January-February 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(9):245-6.

10. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 73. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200402-sitrep-73-covid-19.pdf?sfvrsn=5ae25bc7_6, consulté le 4 juin 2020).

11. Cheng VCC, Wong SC, Chen JHK, Yip CCY, Chuang VWM, Tsang OTY, et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020;41(5):493-8.

12. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. JAMA. 2020.

13. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(7).

14. Chia PY, Coleman KK, Tan YK, Ong SWX, Gum M, Lau SK, et al. Detection of air and surface contamination by SARS-CoV-2 in hospital rooms of infected patients. Nat Commun. 2020;11(1):2800.

15. Santarpia JL, Rivera DN, Herrara V, Morwitzer MJ, Creager H, Santarpia GW, et al. Transmission Potential of SARS-CoV-2 in Viral Shedding Observed at the University of Nebraska Medical Center. medRxiv. [préimpression]. Sous presse 2020.

16. Faridi S, Niazi S, Sadeghi K, Naddafi K, Yavarian J, Shamsipour M, et al. A field indoor air measurement of SARS-CoV-2 in the patient rooms of the largest hospital in Iran. Sci Total Environ. 2020;725:138401.

17. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020;382(16):1564-7.

18. Fears A, Klimstra W Duprex P, et al. Comparative dynamic aerosol efficiencies of three emergent coronaviruses and the unusual persistence of SARS-CoV-2 in aerosol suspensions (préimpression). MedRxiv. [préimpression]. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.13.20063784v1, consulté le 4 juin 2020)

19. Symptom-Based Strategy to Discontinue Isolation for Persons with COVID-19. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/strategy-discontinue-isolation.html, consulté le 4 juin 2020).

20. Wolfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Muller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature. 2020;581(7809):465-9.

21. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus Indicating Possible Person-to-Person Transmission During the Incubation Period. J Infect Dis. 2020;221(11):1757-61.

22. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Intern Med. 2020;172(9):577-82.

23. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(13):377-81.

24. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat Med. 2020;26(5):672-5.

25. Byambasuren, O., Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M.-L., Glasziou, P., 2020. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis (préimpression). Infectious Diseases (except HIV/AIDS). MedRxiv. [préimpression].(https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20097543v1, consulté le 4 juin 2020)

26. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. N Engl J Med. 2020;382(22):2081-90.

27. Luo, L., Liu, D., Liao, X., Wu, X., Jing, Q., Zheng, J., et al., 2020. Modes of contact and risk of transmission in COVID-19 among close contacts (préimpression). MedRxiv. [préimpression]. (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20042606v1, consulté le 4 juin 2020)

28. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. Sci China Life Sci. 2020;63(5):706-11.

29. Huang R, Xia J, Chen Y, Shan C, Wu C. A family cluster of SARS-CoV-2 infection involving 11 patients in Nanjing, China. Lancet Infect Dis. 2020;20(5):534-5.

30. Pan X, Chen D, Xia Y, Wu X, Li T, Ou X, et al. Asymptomatic cases in a family cluster with SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis. 2020;20(4):410-1.

31. Wang Y, Tong J, Qin Y, Xie T, Li J, Li J, et al. Characterization of an asymptomatic cohort of SARS-COV-2 infected individuals outside of Wuhan, China. Clin Infect Dis. 2020.

32. Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, Lee VJ. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 - Singapore, January 23-March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):411-5.

33. Cheng HY, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, et al. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. JAMA Intern Med. 2020.

34. European Standards. UNE EN 14683:2019+AC:2019. Medical Face Masks -Requirements and Test Methods. 2019; (https://www.en-standard.eu/une-en-14683-2019-ac-2019-medical-face-masks-requirements-and-test-methods/, consulté le 4 juin 2020)

35. Comité F23, n.d. Spécification standard pour la performance des matériaux utilisés dans les masques faciaux médicaux. ASTM International. (https://doi.org/10.1520/F2100-19E01, consulté le 4 juin 2020).

36. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). NIOSH Guide to the Selection and Use of Particulate Masques de protection respiratoire. Department of Health and Human Services (DHHS)NIOSH publication number 96-101, 1996. (http://www.cdc.gov/niosh/userguid.html, consulté le 4 juin 2020).

37. CEN, E., 2001. 149: 2001 norm: Respiratory protective devices-Filtering half masks to protect IPAinst particles-Requirements, testing, marking. European Committee for Standardization. (https://shop.bsigroup.com/ProductDetail?pid=000000000030178264, consulté le 4 juin 2020).

38. Surviving Sepsis Campaign (SSC). Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Mount Prospect: Society for Critical Care Medicine; 2020 (https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/COVID-19, consulté le 4 juin 2020).

39. Guidelines on Infection Prevention for Health Care Personnel Caring for Patients with Suspected or Known COVID-19. Arlington: Infectious Disease Society of America; 2020 (https://www.idsociety.org/COVID19guidelines/ip, consulté le 4 juin 2020).

40. Long Y, Hu T, Liu L, Chen R, Guo Q, Yang L, et al. Effectiveness of N95 masques de protection respiratoire versus surgical masks IPAinst influenza: A systematic review and meta-analysis. J Evid Based Med. 2020;13(2):93-101.

41. Jefferson, T., Jones, M., Al Ansari, L.A., Bawazeer, G., Beller, E., Clark, et al., 2020. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1 - Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis. MedRxiv. [préimpression].(https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2, consulté le 4 juin 2020)

42. Chu, D.K., Akl, E.A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, et al., 2020. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet S0140673620311429. (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9, consulté le 4 juin 2020).

43. Foo CC, Goon AT, Leow YH, Goh CL. Adverse skin reactions to personal protective equipment IPAinst severe acute respiratory syndrome--a descriptive study in Singapore. Contact Dermatitis. 2006;55(5):291-4.

44. Radonovich LJ, Jr., Simberkoff MS, Bessesen MT, Brown AC, Cummings DAT, Gaydos CA, et al. N95 Masques de protection respiratoire vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;322(9):824-33.

45. Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie : orientations provisoires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331765/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 4 juin 2020).

46. Rapport sur la santé dans le monde 2006 - travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

47. Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era. N Engl J Med. 2020;382(21):e63.

48. Zamora JE, Murdoch J, Simchison B, Day AG. Contamination: a comparison of 2 personal protective systems. CMAJ. 2006;175(3):249-54.

49. Kwon JH, Burnham CD, Reske KA, Liang SY, Hink T, Wallace MA, et al. Assessment of Healthcare Worker Protocol Deviations and Self-Contamination During Personal Protective Equipment Donning and Doffing. Infect Control Hosp Epidemiol. 2017;38(9):1077-83.

50. Al Badri F. Surgical mask contact dermatitis and epidemiology of contact dermatitis in healthcare workers. . Current Allergy & Clinical Immunology, 30,3: 183 - 188. 2017.

51. Matusiak L, Szepietowska M, Krajewski P, Bialynicki-Birula R, Szepietowski JC. Inconveniences due to the use of face masks during the COVID-19 pandemic: a survey study of 876 young people. Dermatol Ther. 2020.

52. MacIntyre CR, Seale H, Dung TC, Hien NT, Nga PT, Chughtai AA, et al. A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers. BMJ Open. 2015;5(4):e006577.

53. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. (https://www.who.int/publications-detail/community-based-health-care-including-outreach-and-campaigns-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic, consulté le 4 juin 2020).

54. Canini L, Andreoletti L, Ferrari P, D'Angelo R, Blanchon T, Lemaitre M, et al. Surgical mask to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. PLoS One. 2010;5(11):e13998.

55. MacIntyre CR, Zhang Y, Chughtai AA, Seale H, Zhang D, Chu Y, et al. Cluster randomised controlled trial to examine medical mask use as source control for people with respiratory illness. BMJ Open. 2016;6(12):e012330.

56. Cowling BJ, Chan KH, Fang VJ, Cheng CK, Fung RO, Wai W, et al. Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. Ann Intern Med. 2009;151(7):437-46.

57. Barasheed O, Alfelali M, Mushta S, Bokhary H, Alshehri J, Attar AA, et al. Uptake and effectiveness of facemask IPAinst respiratory infections at mass gatherings: a systematic review. Int J Infect Dis. 2016;47:105-11.

58. Lau JT, Tsui H, Lau M, Yang X. SARS transmission, risk factors, and prevention in Hong Kong. Emerg Infect Dis. 2004;10(4):587-92.

59. 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;12:26.

60. Wu J, Xu F, Zhou W, Feikin DR, Lin CY, He X, et al. Risk factors for SARS among persons without known contact with SARS patients, Beijing, China. Emerg Infect Dis. 2004;10(2):210-6.

61. Barasheed O, Almasri N, Badahdah AM, Heron L, Taylor J, McPhee K, et al. Pilot Randomised Controlled Trial to Test Effectiveness of Facemasks in Preventing Influenza-like Illness Transmission among Australian Hajj Pilgrims in 2011. Infect Disord Drug Targets. 2014;14(2):110-6.

62. Aiello AE, Murray GF, Perez V, Coulborn RM, Davis BM, Uddin M, et al. Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial. J Infect Dis. 2010;201(4):491-8.

63. Aiello AE, Perez V, Coulborn RM, Davis BM, Uddin M, Monto AS. Facemasks, hand hygiene, and influenza among young adults: a randomized intervention trial. PLoS One. 2012;7(1):e29744.

64. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. Clin Infect Dis. 2020.

65. Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in Patients atteints de la COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020:194599820926473.

66. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382(21):2005-11.

67. Tay HS, Harwood R. Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person. Age Ageing. 2020.

68. Nouveau coronavirus disease (2019-nCov) conseils au grand public : Quand et comment utiliser un masque. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. (https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks, consulté le 4 juin 2020).

69. Note d'information. COVID-19 et MNT and NCDs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. (https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/french-covid-19-and-ncds---published-(23-march-2020)-fr.pdf?sfvrsn=fb2251c_2, consulté le 4 juin 2020).

70. Public use of masks as source control during the COVID-19 pandemic: key considerations from social science. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. (non publié, consulté le 26 mai 2020).

71. AFNOR. 2020. SPEC S76-001: Masque barrière. Guide d'exigence minimales, de méthode d'essais, de confection et d'usage. (https://masques-barrieres.afnor.org/home/telechargement, consulté le 4 juin 2020).

72. Liao L, Xiao W, Zhao M, Yu X, Wang H, Wang Q, et al. Can N95 Masques de protection respiratoire Be Reused after Disinfection? How Many Times? ACS Nano. 2020;14(5):6348-56.

73. Jung, H., Kim, J.K., Lee, S., Lee, J., Kim, J., Tsai, P., et al., 2014. Comparison of Filtration Efficiency and Pressure Drop in Anti-Yellow Sand Masks, Quarantine Masks, Medical Masks, General Masks, and Handkerchiefs. Aerosol Air Qual. Res. 14, 991–1002. (https://doi.org/10.4209/aaqr.2013.06.0201, consulté le 4 juin 2020).

74. Rengasamy S, Eimer B, Shaffer RE. Simple respiratory protection--evaluation of the filtration performance of cloth masks and common fabric materials IPAinst 20-1000 nm size particles. Ann Occup Hyg. 2010;54(7):789-98.

75. Jang JY, Kim, S.W., . Evaluation of Filtration Performance Efficiency of Commercial Cloth Masks Journal of Environmental Health Sciences (한국환경보건학회지) Volume 41 Issue 3 / Pages203-215 / 2015. 2015.

76. Podgórski, A., Bałazy, A., Gradoń, L., 2006. Application of nanofibers to improve the filtration efficiency of the most penetrating aerosol particles in fibrous filters. Chemical Engineering Science 61, 6804–6815. (https://doi.org/10.1016/j.ces.2006.07.022, consulté le 4 juin 2020).

77. Zhao M, Liao L, Xiao W, Yu X, Wang H, Wang Q, et al. Household materials selection for homemade cloth face coverings and their filtration efficiency enhancement with triboelectric charging. Nano Lett. 2020.

78. Reusability of Facemasks During an Influenza Pandemic: Facing the Flu, 2006. National Academies Press, Washington, D.C. (https://doi.org/10.17226/11637, consulté le 4 juin 2020).

79. Lee SA, Hwang DC, Li HY, Tsai CF, Chen CW, Chen JK. Particle Size-Selective Assessment of Protection of European Standard FFP Masques de protection respiratoire and Surgical Masks IPAinst Particles-Tested with Human Subjects. J Healthc Eng. 2016;2016.

80. Les 5 moments pour l'hygiène des mains. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/gpsc/5may/5moments-EducationalPoster_A4_FR.pdf?ua=1, consulté le 4 juin 2020).

Remerciements

Le présent document a été établi sur la base des conseils du Groupe consultatif scientifique et technique sur les risques infectieux et en consultation avec les membres ci-après des groupes suivants :

1) 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) (dans l'ordre alphabétique) :

Jameela Alsalman, Ministère de la santé, Bahreïn ; Anucha Apisarnthanarak, Hôpital universitaire Thammsat, Thaïlande ; Baba Aye, l'Internationale des services publics, France ; Gregory Built, UNICEF, États-Unis d'Amérique ; Roger Chou, Oregon Health Science University, États-Unis d'Amérique ; May Chu, Colorado School of Public Health, États-Unis d'Amérique ; John Conly, Alberta Health Services, Canada ; Barry Cookson, University College London, Royaume-Uni ; Nizam Damani, Southern Health & Social

Care Trust, Royaume-Uni ; Dale Fisher, Goarn, Singapour ; 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; 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 Ndoye, Infection Control Africa Network, Sénégal ; Fernando Otaiza, Ministère de la santé, Chili ; Diamantis Plachouras, Centre européen de prévention et contrôle des maladies, Suède ; Maria Clara Padoveze, École de soins infirmiers, Université de São Paulo, Brésil ; Mathias Pletz, Université d'Iéna, Allemagne ; Marina Salvadori, Agence de la santé publique du Canada, Canada ; 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) Groupe consultatif spécial d'experts chargé de la préparation de la lutte anti-infectieuse et de la riposte contre la COVID-19 du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) et autres experts internationaux, notamment, (dans l'ordre alphabétique) :

Mardjan Arvand, Insitut Robert Koch, Nordufer, Danemark; Elizabeth Bancroft, Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique ; Gail Carson, ISARIC Global Support Centre, Royaume-Uni ; Larry Chu, Stanford University School of Medicine, États-Unis d'Amérique ; Shan-Chwen Chang, National Taiwan University, Taïwan ; Feng-Yee Chang, National Defense Medical Center, Taïwan ; Steven Chu, Stanford University, États-Unis d'Amérique ; Yi Cui, Stanford University, États-Unis d'Amérique ; Jane Davies, Médecins Sans Frontières, Pays-Bas ; Katherine Defalco, Agence de la santé publique du Canada, Canada ; Kathleen Dunn, Agence de la santé publique du Canada, Canada ; Janine Goss, Public Health England, Royaume-Uni ; Alison Holmes, Imperial College, Royaume-Uni ; Paul Hunter, University of East Anglia, Royaume-Uni ; Giuseppe Ippolito, Instituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Italie; Marimuthu Kalisvar, Tan Tock Seng Hospital, Singapour; Dan Lebowitz, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse ; Outi Lyytikainen, Finlande ; Trish Perl, UT Southwestern, États-Unis d'Amérique ; F. Mauro Orsini, Ministère de la santé, Santiago, Chili ; Didier Pittet, Hôpitaux universitaires de Genève et Faculté de médicine, Genève, Suisse ; Benjamin Park, Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique ; Amy Price, Stanford University School of Medicine, États-Unis d'Amérique ; Supriya Sharma, Santé publique Canada; Nalini Singh, The George Washington University, États-Unis d'Amérique ; Rachel Smith, Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique ; Jorgen Stassinjns, Médecins Sans Frontières, Pays-Bas ; Sara Tomczyk, Institut Robert Koch, Allemagne.

Secrétariat de l'OMS : Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, Hanan Balkhy, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Anjana Bhushan, Sylvie Briand, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Carmem Da Silva, Nino Dal Dayanguirang, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Nathan Ford, Jonas Gonseth-Garcia, Rebeca Grant, Tom Grein, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Kevin Babila Ousman, Pillar Ramon-Pardo, Paul Rogers, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Valeska Stempliuk, Maha Talaat Ismail, Joao Paulo Toledo, Anthony Twywan, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed.

© Organisation mondiale de la Santé 2020. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO reference number: WHO/2019-nCov/IPC_Masks/2020.4

MASQUE D'HYGIENE 3 PLIS BLEU

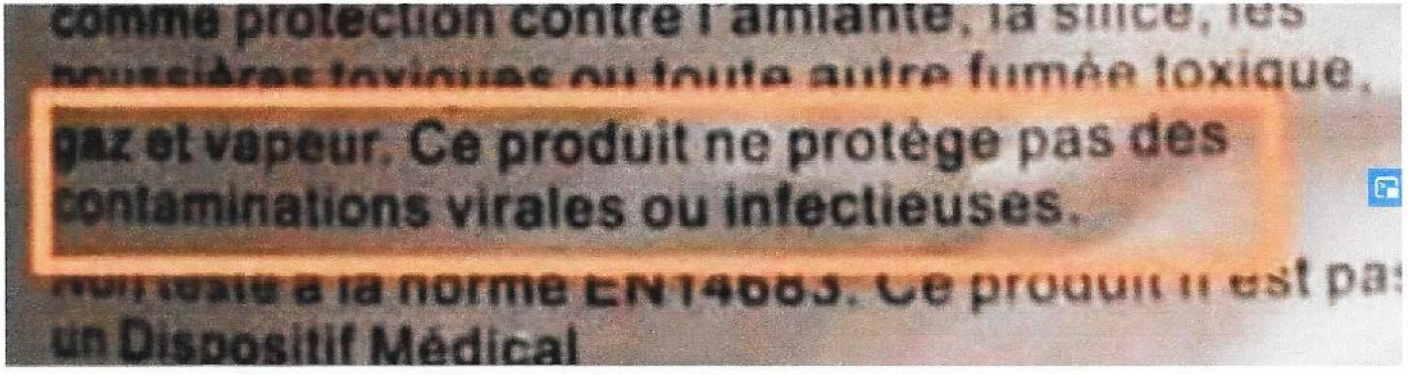
SACHET DE 50 MASQUES

DESCRIPTIF

Masques d'hygiène 3 plis bleus en non tissés, 100% polypropylène, avec barrette nasale.
Masques anallergiques avec deux élastiques ronds.
Ils limitent la projection des sécrétions du porteur par voie aérienne ou voie de gouttelettes.

ATTENTION : ce produit n'est pas un équipement de protection individuelle. Il n'est pas recommandé comme protection contre l'amiante, la silice, les poussières toxiques ou toute autre fumée toxique, gaz et vapeur. Ce produit ne protège pas des contaminations virales ou infectieuses.
Non testé à la norme EN14683. Ce produit n'est pas un Dispositif Médical

PRECAUTIONS D'EMPLOI



www.marianne.net

Marianne

Numéro 1247 Du 5 au 11 février 2021

Stress, anxiété, idées noires, difficultés d'apprentissage...

ENQUÊTE SUR L'ÉTAT DE NOS ENFANTS

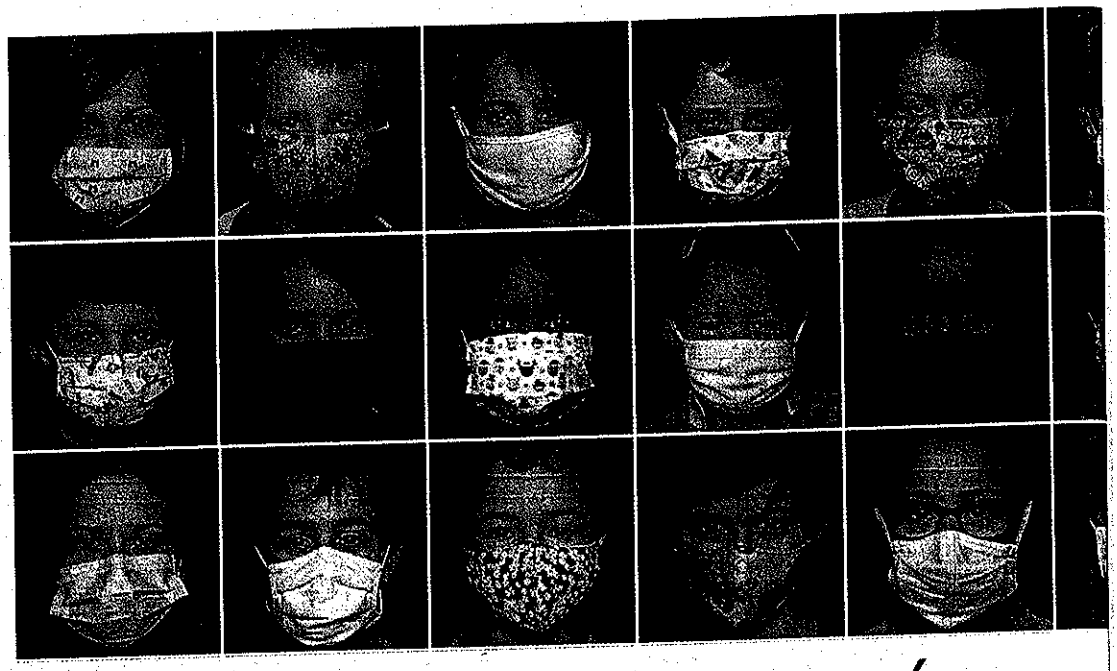
Comment leur construire un avenir par Emmanuel Todd

ASSURANCES ET SANTÉ

Fausses mutuelles
vraies machines à fric

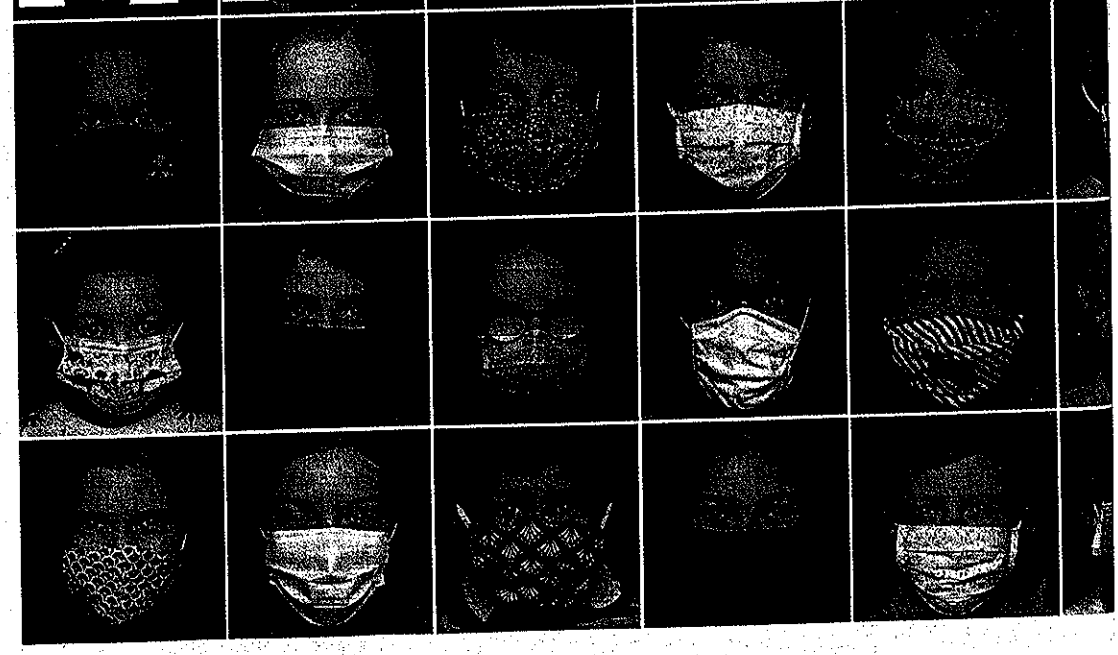
DOSSIER SPÉCIAL

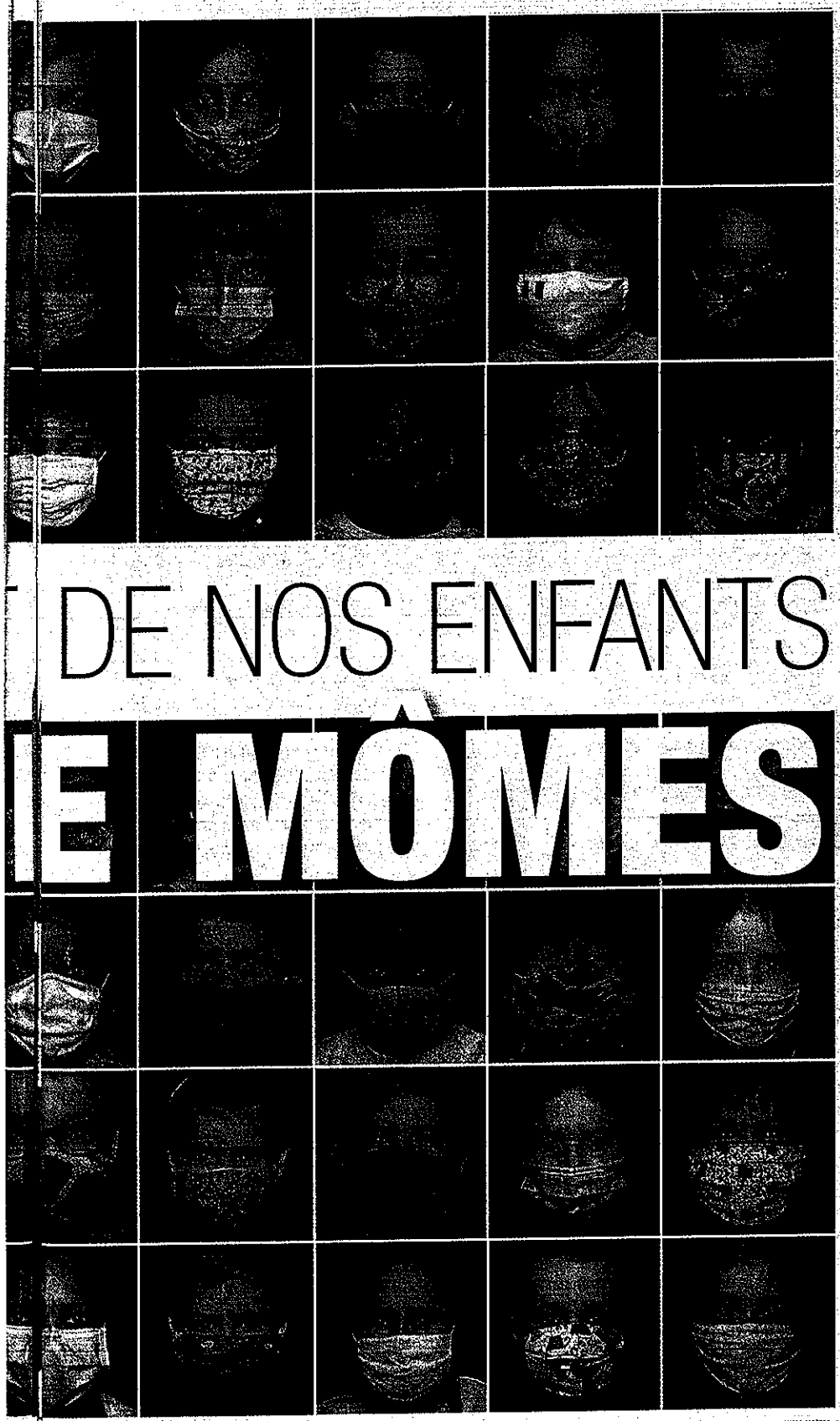
Qui fait la langue française
(et qui la défait) ?



ENQUÊTE SUR L'ÉTAT

PAROLES D





DE NOS ENFANTS

E MÔMES

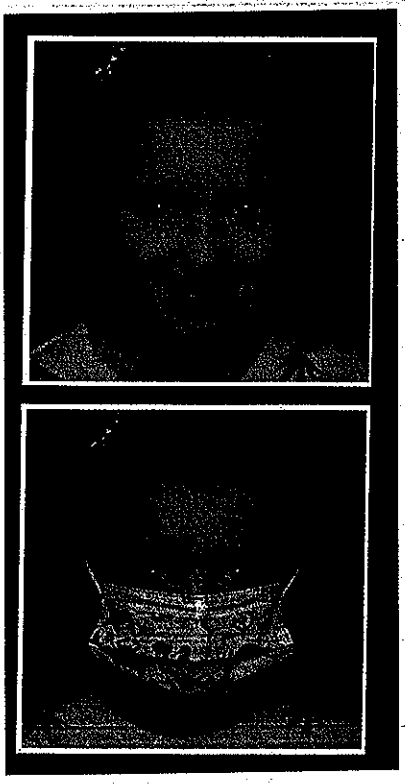
Ils ont entre 5 et 10 ans, avancent masqués à l'école et semblent s'adapter en permanence aux nouvelles préconisations sanitaires. Vraiment sans broncher ? Nous sommes allés à la rencontre de ces petits invisibles à qui on ne demande jamais leur avis.

PAR GABRIEL LIBERT
PHOTOS : JÉRÔME DOMINÉ

Derrière le masque en tissu remonté jusque sous les yeux, on devine le sourire. Large, le sourire. Son regard bleu-gris pétille de malice. **Antonin,** élève de CM2 dans le XIIIe arrondissement de Paris, a très envie de causer. Lorsque son père, restaurateur, lui a annoncé qu'un journaliste allait l'interviewer, il ne s'est pas fait prier. C'est que, à 10 ans, il a déjà un avis sur la situation sanitaire et les gestes barrières. *« Moi, au début, ça m'a un peu gêné,* admet-il. *Puis je me suis habitué, un peu comme pour s'habiller le matin. De toute façon, c'est pas moi qui décide. Le président et le ministre de la Santé disent ce qu'il faut faire. Et tout le monde écoute. »* Ses copains, dit-il, pensent *« tout pareil »*. Se plier aux obligations, ça peut aller. Même huit heures par jour. Les inconvénients, ce sont plutôt des petits >

Grandir au temps du Covid

> détails, pas très ragoûtants, du quotidien. *« Quand je bois de l'eau, j'essaie de bien sécher ma bouche pour pas mouiller l'intérieur du masque,* explique-t-il. *Parfois, aussi, on n'a pas le temps de l'enlever quand on éternue. Il y a un peu de morve qui coule et ça finit par pas sentir très bon ! »* Autre désagrément : *« Souvent, j'ai l'impression d'étouffer… J'essaie de prendre une grande inspiration, mais c'est pas facile du tout à travers le tissu. »* Observateur, Antonin a bien noté l'exemple irréprochable donné par sa maîtresse. Sauf pour la dictée. Mais il se fait son avocat. *« Pour qu'on l'entende au fond de la classe, il faut bien qu'elle l'enlève ! »* En fait, ce qui l'agacerait presque plus, ce ne sont pas tant ces obligations liées au coronavirus que ceux qui mettent le chahut dans la classe. *« Chaque fois, on perd du temps ! »*, explique-t-il avec sérieux. Et de pointer aussi les masques sales laissés par terre dans la cour de récré. *« Y en a qui font vraiment pas attention et les jettent pas à la poubelle »*, s'offusque-t-il.



Contrairement à certains de ses 23 camarades de classe, l'épée de Damoclès d'un potentiel reconfinement ne l'enchante guère. *« Ils préfèrent rester à la maison plutôt que d'aller à l'école. C'est triste,* avoue ce fils unique, *parce que, après, tu vois plus du tout tes amis. »*

À 5 ans, **Agathe,** en grande section à la maternelle, toujours dans le XIIIe arrondissement, pourrait reprendre ce constat à son compte. Mais, un peu intimidée, elle laisse d'abord ses parents s'exprimer. *« Je trouve incroyable la façon dont ma fille et les enfants autour de nous se sont accommodés de tous ces changements,* explique sa mère, iconographe. *Je ne les sens pas trop angoissés même s'ils ne se sont quasi plus vus lors du premier confinement. Non seulement ils ont dû intégrer ces nouveaux gestes mais aussi accepter de se retrouver masqués devant des adultes masqués eux aussi. Heureusement, dans les petites classes, ils ne sont pas obligés d'en porter. »* Agathe, elle, le met de temps en temps. Ça l'amuse de faire *« comme les grands »*. Et puis, il y a un petit effet mode lorsqu'ils sont confectionnés avec des textiles aux motifs rigolos. La fillette n'*« aime pas le coronavirus »* parce qu'elle ne *« [voit] plus papy et* [ses] *cousins depuis un an »*. Même si quelques appels en visio allègent un peu cette trop longue séparation, cela ne suffit pas. *« Elle est vraiment en demande… »*, confirme sa maman.

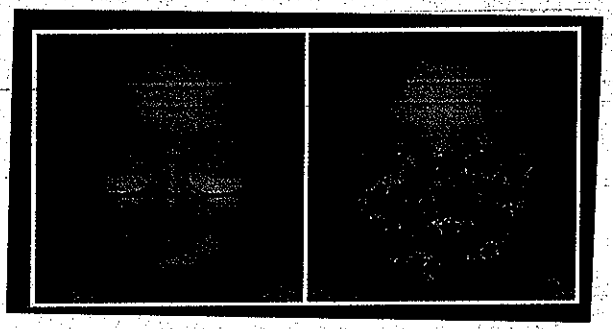
De l'autre côté du périphérique, à Montreuil (Seine-Saint-Denis), **Gaspard,** 9 ans, est lui aussi affecté de ne plus voir ses grands-parents. Un manque que le retour à l'école et les jeux ne suffisent pas totalement à combler. En CM1, lui et ses 29 camarades de classe, comme

LOIN D'ÊTRE **DES SUPERCONTAMINATEURS**

Un an après le début de la pandémie, il apparaît de plus en plus évident que, dans leur ensemble, les enfants sont moins contaminés, moins contaminants, et beaucoup moins sujets aux formes graves du Covid. Les cas pédiatriques représentent ainsi de 1 à 5 % de la totalité. Une nuance importante : autour de 10 ans, cela bascule. *« En dessous, l'enfant est nettement moins susceptible d'être infecté et de transmettre le virus »*, explique Jonathan Roux, épidémiologiste. Les adolescents sont eux tout aussi contagieux que leurs aînés, à la distinction près qu'ils sont beaucoup plus souvent asymptomatiques. Les données sont aussi rassurantes pour les formes graves : en France, on comptabilise 4 décès chez les 0-9 ans, et 7 chez les 10-19 ans, la plupart d'entre eux présentant des comorbidités. La maladie de Kawasaki (également dénommée « syndrome lympho-cutanéo-muqueux »), qui a beaucoup inquiété pendant le premier confinement, est bien prise en charge, et un seul décès d'enfant y est lié. Résumé sur la transmission : comme sur le nombre de cas graves, le risque zéro n'existe pas. Mais l'idée que plus ils sont jeunes, moins les enfants sont sensibles à l'infection et contagieux fait consensus. Quid des variants ? *« Ils sont plus contagieux pour tout le monde, autant chez les enfants que chez leurs aînés »*, explique Robert Cohen, pédiatre infectiologue et président du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique de la Société française de pédiatrie. Comme leurs aînés, avec le variant britannique, la contagiosité des mineurs augmente de 40 à 70 %. Le taux d'incidence augmente donc chez les 0-9 ans comme chez les 10-19 ans, et comme dans toutes les tranches d'âge. On observe uniquement une hausse légèrement plus importante du taux d'incidence chez les 10-19 ans, qui reste, pour l'heure inexpliquée. De futurs travaux sur les variants permettront de savoir s'ils en sont la cause. ■ MARGOT BRUNET

tous les écoliers de France, ont repris le chemin de l'école à la rentrée avec un masque. Et l'obligation d'en prévoir deux. Un pour le matin, l'autre pour l'après-midi. Au début, il portait des masques en tissu trop grands confectionnés par les mamies et papys de la ville. *« Horrible,* se souvient Gaspard en train de faire des bulles dans un verre d'eau avec une paille. *En plus, la doublure était trop grosse. Je pouvais même pas respirer... »*

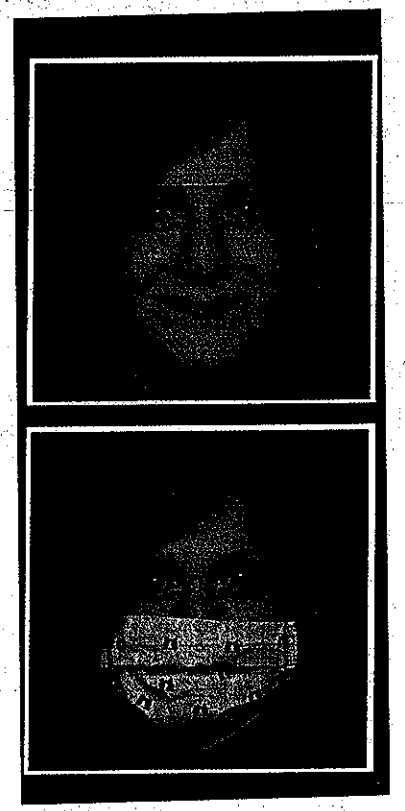
"PARFOIS, JE ME SOUVIENS PLUS DE COMMENT MES CAMARADES DE CLASSE SOURIENT. J'AI L'IMPRESSION D'ÊTRE UNE GRAND-MÈRE QUI OUBLIE TOUT !" THÉA, 10 ANS ET DEMI



Dans la même classe, **Julianne, 9 ans,** opine du chef. Pour elle aussi, c'était difficile le masque en tissu. *« Surtout si on reste deux heures de plus à l'étude. »* Depuis, leurs familles ont opté pour les masques en papier. Que les deux écoliers ont pris l'habitude de fourrer chaque matin dans leur cartable avant de partir. Seul moment où ils s'autorisent à le glisser sous le menton : la récré. *« Bien obligé ! Tellement il y a du bruit, on l'enlève pour se parler pendant qu'on joue aux billes. »* Là aussi, la maîtresse s'est adaptée aux nouvelles contraintes. *« Quand il y a des mots avec des sons compliqués, elle se recule et baisse le masque pour nous les faire mieux entendre »,* explique Gaspard.

Entre eux, ce n'est pas toujours plus facile. *« L'autre jour, avant les vacances de Noël, j'ai pas tout bien compris de l'exposé que mes copines ont fait sur le Japon, on ne les entendait pas assez fort. »* D'autant, confirme sa mère, que Gaspard suit des séances d'orthophonie depuis l'âge de 7 ans : chez lui, les *p, v, f* et *b* s'embrouillent. D'où l'inquiétude d'une possible régression (lire p. 12)... *« On avait arrêté, mais on va l'y remettre. Il a des soucis d'écriture avec des inversions de lettres. »* Pour le reste, sa maman est assez fataliste. *« Oui, je pense que les enfants ont pris du retard sur le programme. Mais, en même temps, le monde entier a six mois à rattraper... »* Pour cette communicante d'un syndicat immobilier, le plus pénible, c'est de ne pas connaître le visage de la nouvelle institutrice de son fils. *« Depuis le début de l'année, elle est toujours masquée. Lorsqu'on a fait un Zoom de chez nous pour un point sur l'année scolaire, nous, nous n'en portions pas, elle si, bien obligée. Si, d'aventure, je devais la croiser dans la rue, je ne saurais pas la reconnaître. Un peu bizarre, non ? »*

Théa, 10 ans et demi, en CM2 à l'école élémentaire Diderot de Montreuil, en a elle aussi *« marre »* des masques. Elle qui voudrait devenir dessinatrice souffre de ne plus savoir à quoi ressemble la bouille de ses camarades. *« Parfois, je me souviens plus de comment ils sourient,* dit-elle joliment. *J'ai l'impression d'être une grand-mère qui oublie tout ! »* Le Covid, surtout, lui a volé le grand moment qu'elle attendait tant : la fête de ses 10 ans. En guise de cadeaux d'anniversaire, ses copains lui ont envoyé... une vidéo. *« Très gentil, mais j'aurais préféré avoir mes amis autour de moi. »*



En CE2 à l'école du Parc, à Vanves, au sud-ouest de la capitale, **Brune, 8 ans,** n'en est pas encore à imaginer la fiesta qu'elle pourra organiser d'ici à deux ans. Elle s'est doucement habituée au port du masque même si *« ça grattait le bout du nez au début ».* Son truc à elle, c'est plutôt de houspiller ses camarades qui narguent la maîtresse en le gardant sous le nez. Sinon, tout irait presqué bien s'il ne lui manquait *« les câlins et les bisous de* [sa] *mamie ».* Et la maman de Gaspard de conclure : *« En cinq ans, il a fallu expliquer le Bataclan, puis une pandémie... Une pandémie ! Et, malgré tout, ils continuent à avancer. Sont drôlement forts, nos mômes. »* ■ G.L.

À CAUSE DU MASQUE…

DES TOUT-PETITS INAPTES AUX RELATIONS SOCIALES ?

Les professionnels de l'enfance, les orthophonistes et psychologues alertent sur les effets délétères du port de ce bout de tissu facial auprès des plus jeunes. Cela pourrait générer des difficultés d'apprentissage du langage mais aussi des troubles relationnels. **PAR VIOLAINE DES COURIÈRES**

Dans une crèche, un bébé est inconsolable. La dame qui s'occupe de lui le berce. Elle passe sa main doucement le long de son dos, lui propose des jeux. Rien n'arrête les pleurs. Mais, lorsqu'elle ôte son masque, le visage du poupon s'illumine. Et ses larmes cessent de couler. Pourquoi l'enfant est-il à ce point apaisé de voir le visage de la femme qui le serre dans ses bras ? Ressentait-il de la crainte ? Avait-il des difficultés à comprendre la situation ? Était-il anxieux de ne plus voir d'adultes lui sourire ? Tout cela interroge Anna Cognet, psychologue clinicienne en libéral. Depuis qu'elle a signé une tribune, en mai 2020, dans *Libération*, sur le port du masque dans les crèches, « Ne jetons pas les besoins des bébés avec l'eau du bain », elle est contactée par des membres de la profession, soucieux de raconter les effets délétères de ce bout de tissu sur les tout-petits. Soixante pour cent des employés de la petite enfance perçoivent les conséquences négatives du masque sur les enfants, selon une étude publiée en décembre par une équipe de chercheurs grenoblois.

Le site Les Pros de la petite enfance recense des anecdotes de ce malaise chez les salariés. *« Une petite de 8 mois a peur de nous lorsqu'on retire le masque, elle ne sourit plus et ne veut pas qu'on l'approche »*, note l'une des intervenantes. *« À 18 mois, ils ne réagissent pas, ils ne comprennent pas ce que l'on attend d'eux »*, avance l'une des sondées. *« À certains moments, ils ne comprennent pas la consigne, et je dois enlever mon masque »*, écrit une autre. Comme si, finalement, le masque s'interposait dans la relation entre enfants et adultes. Les premiers ne comprenant plus les propos des seconds. Les seconds empêchés de montrer leur affection ou de faire preuve d'autorité. Les traditionnels contes et histoires ne seraient également plus aussi captivants. *« Impossible que les enfants ne voient pas les expressions de mon visage »*, déplore Valérie Descamps, conteuse. Ainsi, le masque perturberait l'étape de sociabilisation de la crèche, pourtant essentielle. En prévision de ces difficultés, le ministre de la Santé, Olivier Véran, a fourni aux crèches et aux professionnels des maisons d'assistants maternels 500 000 masques transparents en novembre 2020, pour engager le mouvement. Mais beaucoup d'employés les jugent inefficaces. Ces derniers ne dévoilent que le sourire et font peur aux petits. Par ailleurs, ils s'embuent très vite et sont inutilisables au bout de quatre heures.

Dans son cabinet, Christelle Dubost, orthophoniste à Bourg-en-Bresse, observe des changements depuis quelques mois : *« Les petits sont devenus trop sages. Ils intègrent tant les gestes barrières et le port du masque qu'ils en perdent leur*

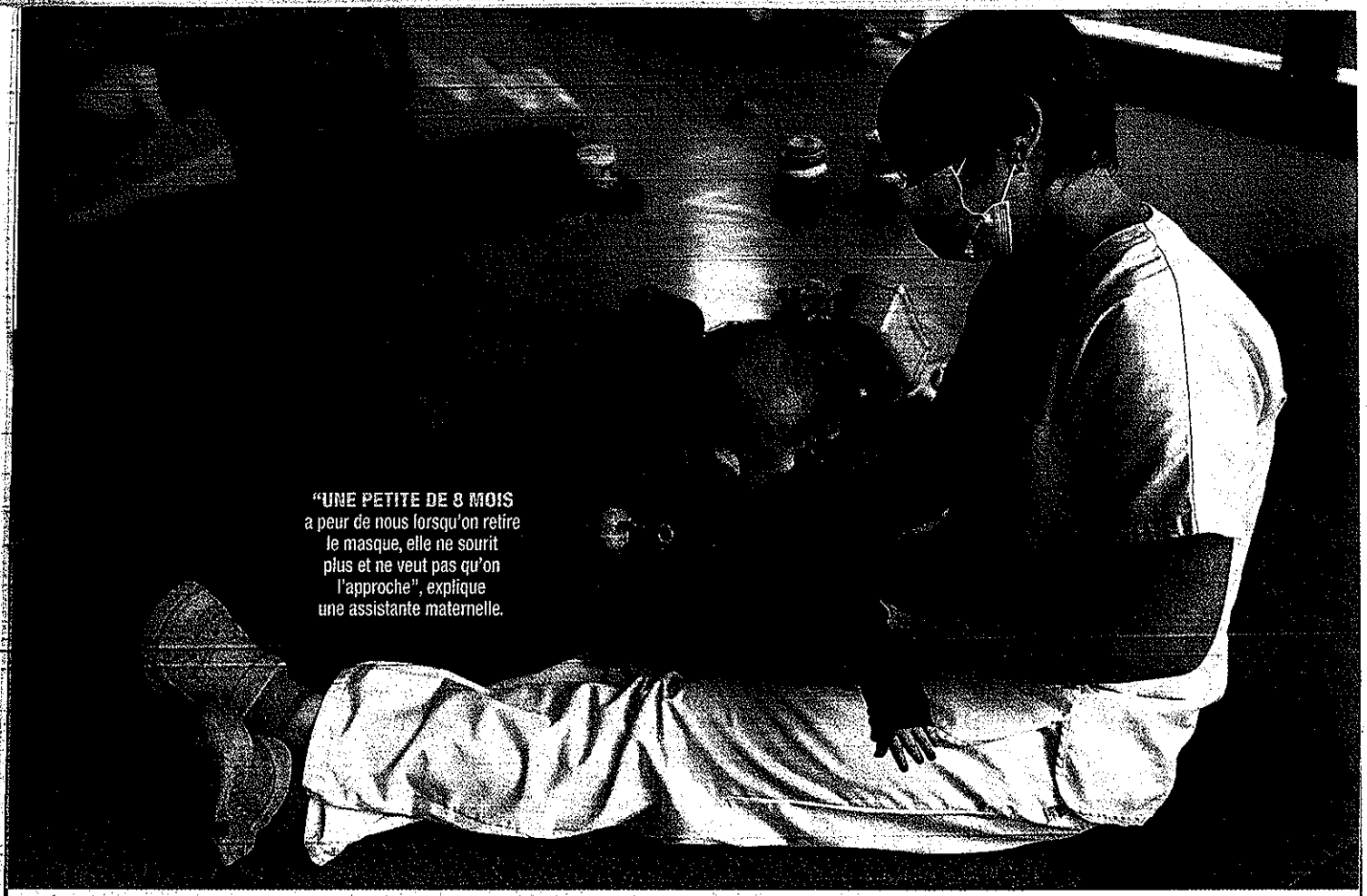
LES DÉGÂTS POSSIBLES

À COURT TERME

- Chez les bébés, une raréfaction des sourires réponses.
- Un ralentissement du développement du langage.
- Des quiproquos entre adultes et enfants.
- Des difficultés à faire preuve d'autorité pour les adultes.
- Des manifestations d'anxiété chez les enfants.
- Des troubles du langage tels que le bégaiement et des difficultés d'articulation.
- Des troubles obsessionnels sur les règles sanitaires.
- Une majoration des troubles du langage déjà existants.
- Des retards de prise en charge de la surdité des tout-petits.

À MOYEN ET LONG TERME

- Des chutes des courbes de poids des bébés (ce qui avait été constaté en Chine à la suite de l'épidémie de SRAS, à la fin de 2002).
- Des retards de langage.
- Un manque d'autonomie.
- Hyperactivité.
- Des troubles d'opposition.
- Des phobies sociales.
- Des dépressions de l'enfant.
- Plus tard, des conduites à risque. ■



"UNE PETITE DE 8 MOIS a peur de nous lorsqu'on retire le masque, elle ne sourit plus et ne veut pas qu'on l'approche", explique une assistante maternelle.

Alexandre Marchi / MaxPPP

spontanéité. » Une observation qui rappelle cette photo d'une cour de récréation de Tourcoing (Nord). On y voit des enfants jouant seuls dans des carrés tracés au sol, espacés de plusieurs mètres les uns des autres – cette photo avait suscité un malaise sur les réseaux sociaux lors de sa publication peu après le premier confinement, en mai 2020. Dans le cabinet de Christelle Dubost, les petits bégaient beaucoup plus. Auparavant, il n'y avait pas autant de troubles de l'anxiété. Dans le IXe arrondissement de Paris, Anna Cognet fait la même observation. La psychologue perçoit un risque de troubles obsessionnels. L'autre jour, dans son cabinet, elle a vu une petite fille de 6 ans refusant d'ôter son masque, ne voulant toucher ni aux feutres ni aux jouets. *« Elle est restée sur le bout de la banquette. »*

Le masque et les règles d'hygiène ne risquent-ils pas de rendre des enfants inaptes aux relations sociales ? *« Les enfants sont pleins de ressources, même si l'épidémie exacerbe toutes leurs angoisses,* analyse Élodie Razy, anthropologue de l'enfance à l'université de Liège. *En effet, ces derniers ont été tour à tour présentés comme plus vulnérables et vecteurs principaux du virus, ce qui fait écho à leur statut social ambivalent. »* Et d'ajouter : *« Selon des études parues avant la pandémie, les enfants sortent de moins en moins dans certains pays européens, notamment en raison des multiples peurs des adultes. »*

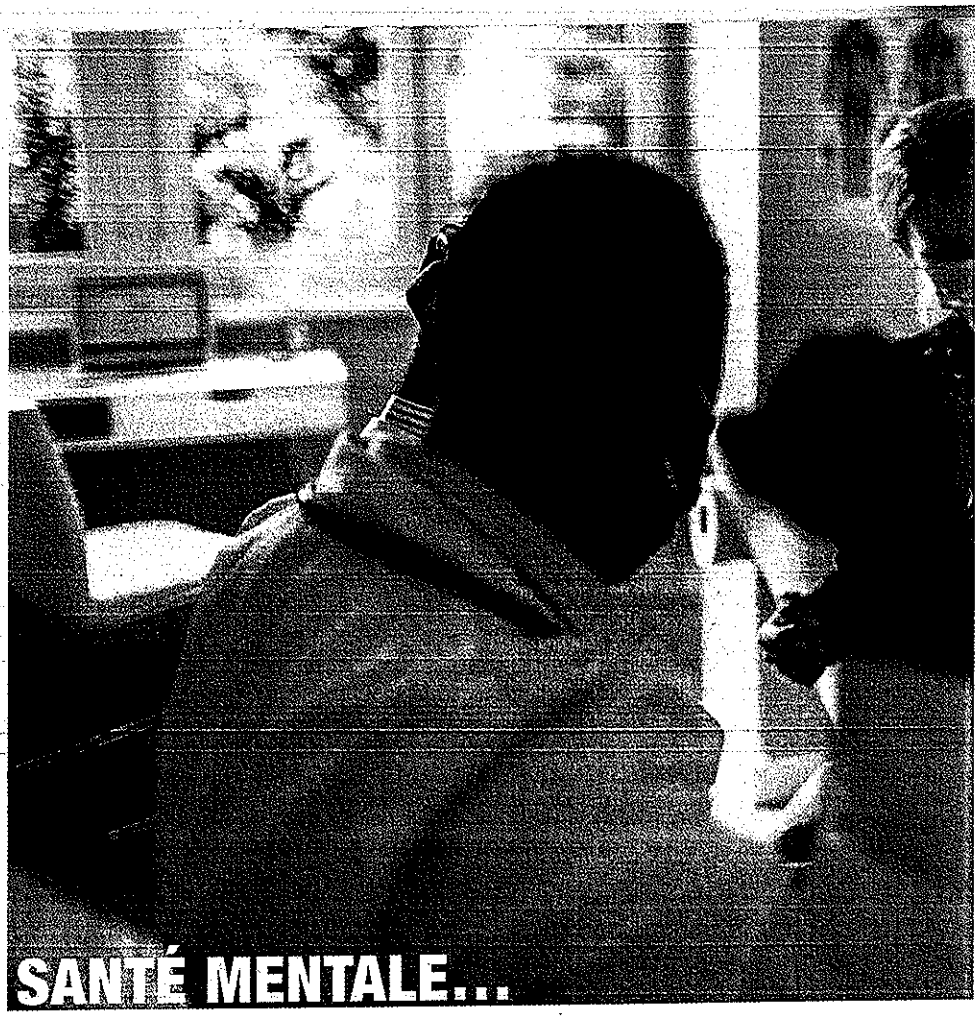
Lourd tribut

À Asnières-sur-Seine (Hauts-de-Seine), Clarisse, 38 ans, mère de quatre enfants, observe tout de même peu de changements chez ses petits. Mis à part, peut-être, des réflexes sanitaires chez son fils de 3 ans. L'autre jour, ce dernier a recadré sèchement son petit frère de 3 mois. *« Fais les gestes barrières ! »*, lui a-t-il lancé, alors que ce dernier venait de tousser. En congé maternité, la mère de famille ne craint pas les troubles du langage de ses enfants, car elle passe de longues heures à leur parler non masquée. Pour l'instant, ces derniers *« ne sont pas les plus touchés »*. Les effets seront donc contrastés. Que les enfants habitent en ville ou dans un milieu rural, leur situation diffère, les petits urbains ayant un quotidien encore plus enfermé qu'à l'habitude. Idem pour ceux qui passent cinquante heures par semaine à la crèche par rapport aux gamins gardés à domicile. Le plus lourd tribut sera porté par les plus défavorisés. *« Ceux dont les parents parlent peu avec leurs enfants pourraient avoir des retards de langage »*, pointe Florence Pinel, orthophoniste à Triel-sur-Seine (Yvelines). Elle s'inquiète notamment pour *« les enfants dont les parents ne parlent pas français. Ces derniers ne peuvent plus apprendre la langue en lisant sur les lèvres du personnel de la crèche ou des instituteurs »*. Pour ceux qui ont déjà des troubles du langage, *« ces derniers sont majorés par le port du masque »*. Comment apprendre à un enfant à articuler lorsqu'il est entouré d'adultes masqués en journée ? En consultation, le travail se révèle également compliqué. *« Là encore, il est impossible de corriger les troubles articulatoires avec un bout de tissu sur le visage ! »* ■

à suivre sur MARIANNE.net

Retrouvez notre entretien avec Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et auteur du rapport "Les 1 000 premiers jours" de l'enfant.

Grandir au temps du Covid



SANTÉ MENTALE… DES ENFANCES TF

Si les enfants sont globalement épargnés par le virus lui-même, l'ambiance actuelle leur est délétère. La pandémie perturbe leur épanouissement, leurs apprentissages, et, de fait, affecte leur psychisme. De nombreux médecins s'en inquiètent.

PAR CÉLIA CUORDIFEDE

L'alerte est donnée depuis des mois. Rien n'y fait. *« Aujourd'hui, nous sommes dans une vague qui nous dépasse »*, glisse Priscille Gérardin, pédopsychiatre au CHU de Rouen ainsi qu'au centre hospitalier du Rouvray (76). *« Les pédiatres, pédopsychiatres et services d'urgences constatent une augmentation spectaculaire des admissions pour motif pédopsychiatrique depuis quelques semaines »*, a annoncé, le 25 janvier, la Société française de pédiatrie dans un plaidoyer.

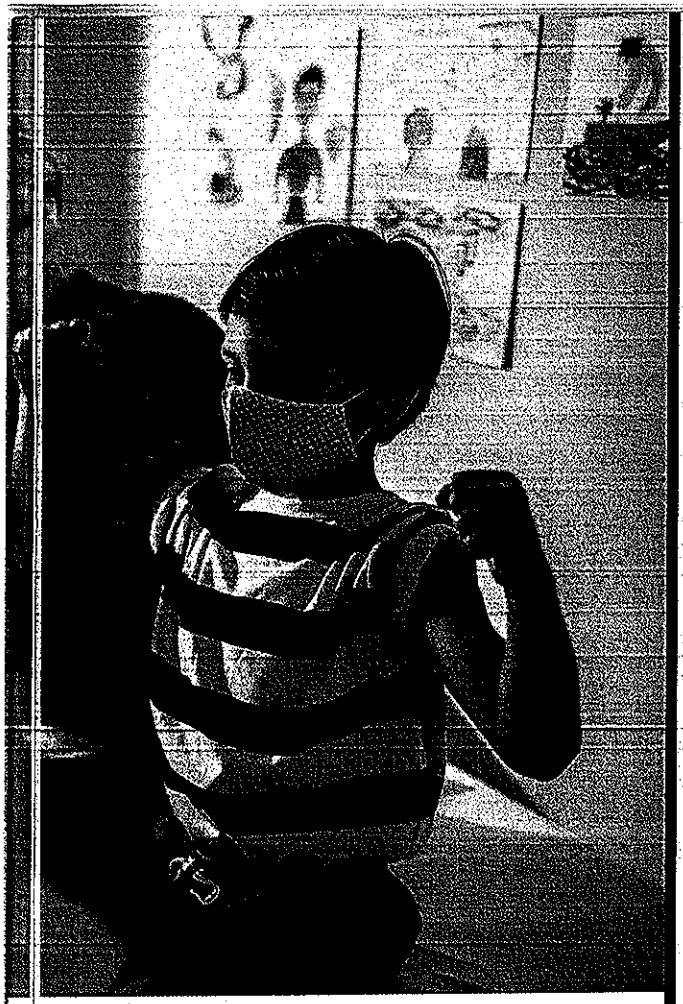
Une flambée à laquelle assiste chaque jour Priscille Gérardin : 155 enfants et adolescents ont été hospitalisés dans son unité au CHU de Rouen en janvier 2021, contre 86 en 2020 sur la même période. Sidérantes mais aussi éloquentes, les rares données chiffrées du mal-être des enfants depuis le début de la crise sanitaire annoncent une hausse des troubles en tout genre. À Nantes, Élise Launay, pédiatre au CHU, observe le même phénomène. *« Depuis le mois d'octobre, nous faisons face à un afflux d'enfants et d'adolescents avec des troubles psychiques, d'anxiété, des troubles alimentaires et du sommeil, ou encore du stress. »*

Situations de détresse

Unanimement, les médecins disent manquer de recul pour pouvoir avancer des chiffres. Mais le constat est là. *« On a des enfants qui souffraient avant et pour qui la situation a été un facteur de dégradation de leur état. Et d'autres qui n'avaient jamais consulté »*, poursuit la pédopsychiatre. En cause : le manque de stabilité, les incertitudes engendrées par les restrictions successives ainsi que le climat anxiogène dû à une « surdose » de données sur le Covid, toutes plus effrayantes les unes que les autres. Comme pour les adultes, les effets de la crise sanitaire sur les enfants varient en fonction de leur vulnérabilité et de leur entourage. *« Ce sont toujours les plus fragiles qui craquent en premier »*, pointe Élise Launay.

Un peu partout, les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent relèvent aussi une recrudescence des tentatives et idées de suicide. *« En novembre et décembre 2020, elles ont été multipliées par deux et demi »*, précise Sylvie Tordjman, professeure en pédopsychiatrie et chef de pôle au centre hospitalier Guillaume-Régnier de Rennes*. D'après une

"EN NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 2020, LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ONT ÉTÉ MULTIPLIÉES PAR DEUX ET DEMI."
SYLVIE TORDJMAN, PROFESSEURE EN PÉDOPSYCHIATRIE



Getty Images

OUBLÉES

récente enquête parlementaire menée par l'ancienne ministre Marie-George Buffet, les tentatives de suicide chez les mineurs de moins de 15 ans enregistrées à l'hôpital Robert-Debré, à Paris, auraient doublé par rapport à la même période en 2019. *« C'est une tendance que l'on observe chez les préados* [à partir de 11 ans] *et les ados un peu partout en France, notamment dans les grandes métropoles »*, souligne Sylvie Tordjman, auteure d'une récente étude sur la santé mentale des enfants et adolescents sous période Covid.

Comment expliquer ces recrudescences de troubles psychiques ? L'équipe de Sylvie Tordjman a développé plusieurs hypothèses. *« L'incertitude d'un retour à la normale vient alimenter un état d'angoisse et de stress chronique,* signale-t-elle. *Aussi, la désynchronisation du rythme des horloges biologiques engendrée par l'enfermement favorise des terrains de vulnérabilité, notamment aux troubles anxio-dépressifs. »* Les violences intra-familiales qu'ont pu subir certains enfants durant ces périodes de huis clos ont aussi contribué à ces situations de détresse.

"SI CES ÉVÉNEMENTS traumatiques restent ancrés, cela multiplie par cinq le risque de développer une maladie psychique à l'âge adulte", affirme Élise Launay, pédiatre au CHU de Nantes.

Avenir obscurci

« Nous, on ne voit que les cas les plus graves », rappelle néanmoins le Dr Élise Launay. La face émergée de l'iceberg en somme. Dans son cabinet parisien, Marie Touati-Pellegrin ne peut plus donner de nouveau rendez-vous avant le mois de mai. *« Beaucoup d'adolescents font face à des troubles du sommeil importants »*, détaille-t-elle. Tandis que d'autres sont minés par l'idée de la précarité sociale et économique, parfois parce qu'ils la vivent directement au sein de leur foyer. *« Ils ont cette perception d'un avenir totalement obscurci et se sentent submergés par des responsabilités avant même d'être adultes. »* D'autant que, pour les ados, la privation d'une ouverture sur le monde extérieur va à l'encontre même de leur développement, selon les médecins.

C'est ainsi que les écrans ont été utilisés, de façon presque vitale, pour maintenir une certaine continuité des liens sociaux des jeunes – et des moins jeunes. Au risque d'attiser la dépendance. *« Le numérique nous a rendu service mais il a ses limites »*, avertit Sylvie Dieu Osika, pédiatre et membre du Collectif surexposition écrans (Cose). *« Leur utilisation débridée a contribué au dérèglement des rythmes biologiques, et cela affecte à court et à long terme les individus, et d'autant plus les enfants, physiquement et psychiquement. »*

Chez les plus jeunes, les médecins observent que l'utilisation intensive des écrans a pu, et pourra, avoir des effets sur l'apprentissage du langage, de l'expression ou encore de l'écriture. *« J'ai reçu beaucoup d'enfants qui n'ont pas été aussi stimulés qu'ils auraient dû l'être à cause du temps passé devant les écrans,* opine Sylvie Dieu Osika. *C'était la nourrice la moins chère et la plus accessible. »* Peut-être au détriment d'une bonne santé à long terme. Reste que, de l'avis des spécialistes, les épisodes traumatiques vécus par ces *« adultes de demain »* doivent d'ores et déjà être pris en compte et accompagnés. La solution ? *« L'apprentissage de la résilience »*, explique le Dr Élise Launay. Car *« si ces événements restent ancrés, cela multiplie par cinq le risque de développer une maladie psychique à l'âge adulte. »* ■

* Auteure de *Du confinement au déconfinement : nouvelles perspectives en pédopsychiatrie*. Disponible en ligne.

LES DÉGÂTS POSSIBLES

À COURT TERME
Depuis le mois d'octobre, les médecins observent une recrudescence d'enfants et d'ados présentant des troubles psychiques d'anxiété, de stress, des troubles du sommeil et alimentaires, mais aussi des idées et des crises suicidaires.

À MOYEN ET LONG TERME
Si les événements traumatiques vécus par ces enfants ne sont pas pris en charge dès aujourd'hui, il y a le risque qu'ils développent une pathologie psychique à l'âge adulte. Par ailleurs, la surutilisation des écrans pourra avoir des conséquences sur les apprentissages. ■

à suivre sur MARIANNE.net
Notre enquête : "Entre réforme du bac et crise sanitaire, le blues des terminales", par Célia Cuordifede

Jean-Pierre JOSEPH AVOCAT 2

Mail 1
Monsieur le premier ministre,

J'ai souhaité, le 16 mars dernier, porter à votre connaissance des informations qui, dans le contexte actuel, m'apparaissent d'une importance capitale, et indiscutablement vitale
pour de nombreux patients actuellement en service de réanimation, ainsi que pour tous ceux qui
seront pris en charge dans ces services durant les semaines qui viennent.

Ce mail a été reçu par vos services le 16 mars à 10h15.

Durant les 6 jours écoulés, de nombreux patients sont décédés alors qu'une grande partie
d'entre eux aurait pu être sauvée. Ce n'est pas une hypothèse ou une affirmation gratuite.
C'est, sur la base des informations que je vous ai transmises et vous ré-adresse aujourd'hui, un fait indiscutable !

L'un de mes confrères hospitaliers, le premier d'une liste malheureusement appelée à s'allonger,
vient également de payer de sa vie
son engagement auprès des patients touchés par le CoV-2.

L'une de ces informations est la publication scientifique du Professeur MARIK,
un confrère américain, professeur de médecine interne, de pneumologie,
de réanimation, élu professeur de l'année par ses pairs en 2017,
auteur d'un ouvrage de référence s'agissant des soins intensifs
(Evidenced-Based Critical Care. Ed. Springer).

Comme vous l'avez vu, le Pr MARIK a traité deux groupes de 47 patients atteints d'une pathologie infectieuse grave (voire critique), pris en charge dans son service de réanimation.
Il y a eu 19 décès dans le groupe pris en charge avec les méthodes aujourd'hui utilisées dans tous les centres hospitaliers, y compris dans les CHU français .
Dans le groupe traité avec des injections de vitamine C, d'hydrocortisone et de thiamine (Vit B1), aucun patient n'est décédé des conséquences de son infection !

Nous parlons ici de 19 décès versus zéro décès !!

Compte tenu du fait que la rigueur professionnelle des auteurs de cette
publication ne peut être raisonnablement mise en doute, ne pas agir immédiatement,sur la base de cette
information, alors que plus de deux mille patients sont actuellement en services de

réanimation,
représenterait, à mon sens, une négligence grave et, très clairement, une mise en danger de la vie
de ces patients, ou de ceux dont l'état de santé actuel pourrait se dégrader très rapidement,
faute d'avoir pu bénéficier des traitements que j'ai portés et porte à nouveau à votre connaissance. .

Je vous ai également transmis plusieurs articles publiés par l'association
de médecine orthomoléculaire.

Je joins au présent mail le lien vers un article:
http://www.orthomolecular.org/resources
/omns/v16n18.shtml?fbclid=IwAR2s4SliD5zOKbjtnqwdpS8NkyYP-
uNtXIsr1u9ZD7609p8TzSgwb5hCbfo
Les confrères qui nous font part de leur expérience sur le terrain démontrent que l'on peut guérir le Covid-19 avec de fortes doses de vitamine C en perfusion. Ils ont ainsi traité et guéri chacun des 60 patients
atteints d'une forme sévère ou critique, qu'ils ont pris en charge, sans aucun effet secondaire.

Tous les patients qui ont reçu une de la vitamine C en perfusion se sont améliorés et il n'y a eu aucun décès !

Cette solution est indiscutablement validée et sa balance bénéfices / risques, hautement favorable, est indiscutablement en faveur de sa large et immédiate mise en oeuvre !!!.

Les familles des patients décédés en raison des complications de leur infection
à CoV-2 seront demain, je le crois, fondés à demander des comptes pour
négligence grave et mise en danger de la vie d'autrui, si ces informations capitales
(dans le contexte actuel) ne sont pas, sans délais, transmises à tous les centres hospitaliers
qui accueillent aujourd'hui des patients gravement touchés, ou susceptibles de voir leur état de santé se dégrader très rapidement .

Le protocole du Pr RAOULT peut, très rapidement (dès lors que toute la mesure de son intérêt aura été prise
par le conseil scientifique), marquer un tournant dans la prise en charge
des patients contaminés mais dont l'état de santé n'inspire aucune inquiétude.
Cela permettrait stopper la propagation du virus, puisqu'il est établi que la durée de portage passe alors de
20 jours (pour les patients non traités) à
4 à 6 jours pour ceux traités avec le protocole qu'il propose.
Là encore, la balance bénéfices / risques, dans les circonstances actuelles, et dans les conditions d'administration et de surveillance recommandées,
apparaît, selon les données disponibles, nettement favorable.

Mais les protocoles que je porte à votre connaissance concernent, vous l'aurez compris, les

patients gravement
atteints ou les patients à risque, susceptibles de voir leur état de santé se dégrader rapidement.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, et m'appuyant sur les documents ci-joint, dont aucune personne de bonne foi ne peut nier la validité et l'intérêt, je vous demande instamment de tout mettre en oeuvre, sans délai, pour que mes confrères et consœurs hospitaliers en disposent au plus tôt.

Des patients décèdent chaque jour du coronavirus dans notre pays et chez nos voisins européens,
et d'autres vont mourir, ALORS que des solutions remarquablement efficaces existent,
avec une balance bénéficies / risques optimale, et qu'ils pourraient être SAUVES !!

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, je vous assure, Monsieur le premier ministre, de ma parfaite considération.

Dr LABREZE

Mail 2.

Bonjour.

Vous trouverez ci-joint le protocole du Pr MARIK, chez de service de pneumologie et de réanimation (ses coordonnées ci-dessous) , pour les patients atteints du COVID-19. .

Il vient de me l'adresser en me demandant de le faire circuler aussi rapidement que possible.

C'est probablement la synthèse de ce qui devrait se faire dès aujourd'hui dans TOUS
les services de réanimation de notre pays pour aider nos confrères et consœurs réanimateurs et leur permettre de sauver des vies !

SVP, faîtes circuler ces infos aussi rapidement que possible.
auprès de tous les médecins que vous connaissez.

1 patient meurt chaque minute !

Je vous joins également un autre remarquable article publié en 2017 par le Pr MARIK.

Je reste à votre disposition.

Bien cordialement

Docteur Jean-Philippe LABREZE
11 Place du 11 Novembre
13560 SENAS
N° RPPS : 10003432217
Tel : 07 87 66 41 15

Sénas, le 11/03/2020

Jean-Pierre JOSEPH AVOCAT

Monsieur Olivier VERAN
Ministre de la Santé.
Ministère de la Santé et des Solidarités

Objet: Epidémie liée au coronavirus.
Mise en œuvre urgente de traitements préventifs et curatifs validés.

Monsieur le ministre,

Dans les circonstances actuelles, faisant craindre le développement d'une épidémie liée au coronavirus et la mort d'un nombre important de nos concitoyens, quel que soit d'ailleurs leur état de santé antérieur et l'existence ou non de comorbidités, il me semble important et urgent de porter à votre connaissance l'existence de ressources thérapeutiques validées mais encore insuffisamment connues de la communauté médicale, notamment dans notre pays.

Ces traitements représentent très vraisemblablement une chance de survie importante pour des patients qui sans cela seront condamnés.

Je vous remercie de trouver ci-joints différents documents qui établissent la nature de ces protocoles ainsi que leur efficacité. Le protocole à base d'injections de vitamine C à fortes doses est déjà largement utilisé avec succès par nos confrères chinois ou coréens et son efficacité est indiscutablement établie.

Le gouvernement de Shanghai a d'ailleurs officiellement recommandé que le COVID-19 soit traité avec des quantités élevées de vitamine C par voie intraveineuse. Les recommandations de dosage varient en fonction de la gravité de la maladie, de 50 à 200 mg/kg de poids corporel et par jour (cf la publication ci-jointe, en date du 3 mars, émanant de Orthomolecular Medicine News Services) .

Je pense qu'une large diffusion de ces informations apparaît aujourd'hui comme une action de santé publique prioritaire, puisque qu'elle va donner aux équipes médicales hospitalières particulièrement démunies face aux formes sévères des infections à coronavirus, une ressource thérapeutique particulièrement efficace qui leur permettra indiscutablement de sauver des vies.

Je pense qu'elles sont en outre de nature à rassurer nos concitoyens et à faire redescendre le niveau de stress dans notre pays lié à la crainte de contracter une maladie pur laquelle les médecins seraient dépourvus de traitements.

Cela pourrait également atténuer les conséquences désastreuses de cette peur sur notre économie, en rassurant à la fois nos concitoyens et les ressortissants d'autres pays amenés à séjourner en France, que ce soit pour des raisons professionnelles ou personnelles (tourisme essentiellement).

Enfin, je pense que la crise sanitaire à laquelle notre pays, et plus largement encore la communauté internationale sont confrontés, doit nous conduire à repenser certains aspects de notre politique de prévention, en mettant notamment l'accent sur des méthodes éprouvées susceptibles de renforcer considérablement les défenses immunitaires de nos concitoyens.

Je pense notamment à la large diffusion auprès de la communauté médicale du protocole de médecine orthomoléculaire associant vitamine C (3 à 4 gs par jour), vitamine D (5 000 UI par jour pendant 2 semaines, pour les adultes, puis 2 000 UI quotidiennes), 20 mg de zinc, 100 microgrammes de sélénium et 400 mg de magnésium (cf référence ci-jointe) dont l'impact positif sur l système immunitaire est également largement démontré.

Je suis persuadé que le médecin que vous êtes saisira immédiatement la portée des informations que je mets aujourd'hui à sa disposition et, confiant dans votre volonté d'assurer aussi rapidement que possible la plus large diffusion possible de l'ensemble de ces informations auprès de l'ensemble du corps médical, je vous prie d'agréer, Monsieur le ministre, l'expression de mes très respectueuses salutations.

Jean-Philippe LABREZE

PJ :

- Hydrocortisone, Vitamine C, and Thiamine for the treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. A retrospective before and after study. Paul E Marik and al. CHEST 2017 ; 151 (6) : 1229 – 1238.
- Publication of the Orthomolecular Medicine News Services. Coronavirus Patients in China to be Treated with High-Dose Vitamin C. by Andrew W. Saul. February 13, 2020
- Publication of the Orthomolecular Medicine News Services. Le gouvernement de Shanghai recommande officiellement le traitement du COVID-19 avec des quantités élevées de vitamine C par voie intraveineuse by Andrew W.Saul, le 3 mars 2020
- Publication of the Orthomolecular Medicine News Services. Vitamin C protects against coronavirus by Andrew W.Saul. January 26, 2020.
- Publication of the Orthomolecular Medicine News Services. Hospital-based Intravenous Vitamin C Treatment for Coronavirus and Related Illnesses by Andrew W.Saul and Atsuo Yanagisawa, MD. PhD.
- Publication of the Orthomolecular Medicine News Services. Early Large Dose Intraveinous Vitamin C is the treatment of Choice for 2019-nCov Pneumonia. Richard Z.Cheng and al. February 13, 2020

Dr LABREZE
QSP 1 mois
A R 5 fois

Destinataire

Mme Olivier VERAN
Ministre de la Santé
14 Av. DUQUESNE
75007 PARIS

Les avantages du service suivi :
Vous pouvez connaître, à tout moment, *24h/24*, la date de distribution de votre lettre recommandée ou le motif de non-distribution
3 modes d'accès direct à "information de distribution:
" Par SMS . Envoyer le numéro de la lettre recommandée au 6 20 80 (0,35 € TTC + prix d'un SMS)
"Sur Internet www.laposte.fr(consultation gratuite hors coût de connexion)
" Par téléphone
_ Pour les particuliers, composer le 3631 (numéro non surtaxé)i du lundi au vendredi de 8h3ü à 19h et le samedi de 8h30 à 13h
_ Pour les profes poser le 3634 (0,34 € nC/min à partir d'un téléphone fixe)' 1
du lundi au et le samedi de 8h30 à 13h.

13 SEP 2021 BOUCHES-DU-RHÔNE

Poids * Prix 7615

Niveau de garantie : 16€ U 153€ U 458€ U

LA POSTE

Numéro de l'envoi. 1A 181 568 4248 1

RECOMMANDÉ AVEC **AVIS DE RÉCEPTION**

Dr LABREZE
11 Place du 11 NOVEMBRE

13560 SENAS

Conservez ce feuillet, il sera nécessaire en cas de réclamation.
Le cas échéant, vous pouvez faire une réclamation dans n'importe quel bureau de poste. Les conditions spécifiques de vente de la lettre recommandée sont disponibles dans votre bureau de poste ou sur le site www.laposte.fr
Pensez également à la **Lettre recommandée en ligne,** consultez. www.laposte.fr

Ogic Neutralité carbone

PREUVE DE DÉPÔT