

SP10 : Le masque, un équipement au cœur du dispositif de prévention Covid

Patrick Zylberman

Prof. émérite histoire de la santé
Ecole des hautes études en santé publique



Brève histoire du masque chirurgical

Utilisez le hashtag **#SFSP2021**
pour en discuter sur les réseaux sociaux

Origines du masque chirurgical : hygiène et bactériologie des germes respiratoires

- **théorie de la transmission des germes respiratoires** issue des travaux du bactériologiste et hygiéniste **Carl Flügge (1847-1923)**
- l'hypothèse d'une transmission des germes infectieux via les gouttelettes émises lors d'un éternuement ou d'une toux
- **trois périodes :**
 - 1905-1920, le masque est mis au point et expérimenté
 - 1920-1940, le masque indispensable au médecin et à la maîtrise des infections
 - 1940 à nos jours, l'intérêt du masque minimisé à l'âge des antibiotiques

Recommandé pour les soignants, ceux-ci s'en détournent au nom de leur liberté professionnelle

- La grippe « espagnole » (1918-1919) :
 - Le masque au nombre des gestes-barrière **pour les soignants** (*Le Matin*, 15 octobre 1918)
 - Mais les **médecins s'en détournent** (atteinte à leur **liberté et à leur dignité** professionnelles)
 - Le port du masque dans **les lieux publics** contesté de part et d'autre de l'Atlantique
- En 1921, Louis Tanon (médecin-chef préfecture de police) juge « insuffisants » les masques américains et japonais consistant en **six bandes de gaze superposées imbibées d'huile goménolée**
- Le masque chirurgical entre dans la réglementation en 1945 :
Il est **recommandé pour le personnel hospitalier (sans obligation)** par les rapports de René Dujarric de La Rivière (novembre 1939) et de André Lemierre (février 1945), bases de **l'Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 19 février 1945**

Après la grippe aviaire (2005): le masque n'a d'intérêt que pour les soignants et les malades

- Académie de médecine des Etats-Unis, Mailman School of Public Health (Columbia), RAND Corporation concluent toutes à la **minceur des bases scientifiques de ce genre de dispositifs non-pharmaceutiques**
- **Pour les virus influenza, on connaît mal le mode précis de production soit d'aérosols de fines particules, soit de gouttelettes ainsi que les circonstances d'émission de ces particules (en parlant, en criant, en toussant ...) : les choix de protection sont mal définis**
- Au terme de cette période, le masque chirurgical est réputé n'avoir d'intérêt que pour **les soignants et les malades** (afin de protéger les autres)
- Les experts peu favorables au masque chirurgical **en population générale**

Très tôt admis dans le cours de la pandémie de SARS-CoV-2 pour les soignants et les malades

- La **SF2H** dans son avis du 28 janvier 2020: le port du masque se justifie **pour tous les soignants** afin de se protéger eux-mêmes et leurs patients (à l'hôpital, en médecine de ville ainsi que dans les EHPAD) et pour les **malades** (pour protéger leurs interlocuteurs non contaminés)
- **Mais non en population générale où ne sont recommandés que des masques en tissu dits « grand public »**
- Seules l'Autriche et la Bavière ont recommandé le FFP2 en population générale
- **Les données ne s'accumuleront qu'à partir de l'été 2020** et concluront à l'utilité du masque chirurgical pour limiter le risque d'infection

Pour le port du masque en population générale : deux questions non totalement résolues

1. Rôle des asymptomatiques dans la transmission :

- On considère aujourd'hui que le rôle joué par les asymptomatiques dans la transmission a été important
- Ce serait l'une des clés expliquant le développement de l'épidémie de SARS-CoV-2

2. L'aérosolisation dans les circonstances habituelles de la vie :

- Le *New England Journal of Medicine* du **17 mars 2020** confirme la survie possible du virus dans l'air et sur des surfaces avec maintien de son caractère infectant

(Doremalen N. van et al., Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1, *NEJM*, 17 mars 2020, 1-3)

- Dès lors, le masque **s'impose à tous**