

Réponse à l'OMS sur le conseil d'utilisation des masques contre la Covid-19



[Source : Le Saker Francophone]

RE : L'OMS conseille l'utilisation de masques dans la population générale pour prévenir la transmission de COVID-19

Par Denis G. Rancourt et Joseph Hickey – Le 21 Juin 2020 – Source OCLA



Par email à :

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général
Organisation mondiale de la santé
Siège de l'OMS à Genève
Avenue Appia 20
1211 Genève

c/o Bureau de New York : whonewyork@who.int
CC : weu@who.int, afrgocom@who.int, phedoc@who.int,
senkoroh@ga.afro.who.int, guerrere@paho.org, she@emro.who.int,
eurohealthycities@who.int, yoosufa@searo.who.int, ogawah@wpro.who.int,
mercados@wkc.who.int, mediainquiries@who.int

Directeur général :

L'Association des libertés civiles de l'Ontario (OCLA) demande à l'OMS de retirer sa recommandation aux décideurs conseillant l'utilisation de masques faciaux dans la population générale (« la recommandation de l'OMS »).

Ladite recommandation de l'OMS est détaillée dans le document d'« orientation provisoire » de l'OMS intitulé « *Conseils sur l'utilisation des masques dans le contexte de la COVID-19* », qui est daté du 5 juin 2020 :

Numéro de référence de l'OMS : WHO/2019-nCov/IPC_Masks/2020.4

Le document est actuellement publié sur cette page :

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

Vous avez personnellement promu la recommandation de l'OMS sur twitter :

@WHO

Compte tenu de l'évolution des données, l'OMS conseille aux gouvernements d'encourager le grand public à porter des masques là où la distance physique est importante et difficile, par exemple dans les transports publics, dans les magasins ou dans d'autres environnements confinés ou surpeuplés – @ DrTedros

Nous pensons que la recommandation de l'OMS est nuisible à la santé publique et au tissu même de la société. La recommandation est utilisée par les gouvernements comme une justification toute faite pour imposer l'utilisation de masques dans la population en général. Les diktats législatifs et les politiques de coercition qui en résultent violent largement les droits civils, politiques et humains. Nous demandons que votre recommandation mal conçue soit immédiatement retirée.

Le contexte est le suivant : ¹

- Les maladies respiratoires virales, basées sur des mutations rapides, ont coévolué avec les systèmes immunitaires puissants, complexes et adaptatifs des animaux qui respirent depuis quelque 300 millions d'années et avec nos ancêtres humains depuis environ 5 millions d'années, en l'absence de vaccins.
- Il n'y a pas eu d'augmentation statistiquement significative de la charge hivernale de la mortalité toutes causes confondues en 2019-2020, par rapport aux nombreuses décennies de données fiables concernant les pays des latitudes moyennes du Nord.
- Un pic important de mortalité toutes causes confondues par semaine s'est produit de manière synchrone dans plusieurs juridictions, sur plusieurs continents séparés par des océans, immédiatement après la déclaration de la pandémie par l'OMS.

- Ce pic peut être attribué à la réponse des gouvernements en matière de préparation à la COVID-19, qui a eu des répercussions sur les personnes immunodéficientes institutionnalisées dans ces juridictions.

Dans votre document, vous indiquez (à la page 6) :

À l'heure actuelle, l'utilisation généralisée des masques par les personnes en bonne santé dans le cadre communautaire n'est pas encore étayée par des preuves scientifiques directes ou de haute qualité et il y a des avantages et des dommages potentiels à prendre en compte (voir ci-dessous).

Même votre déclaration introductive présente deux problèmes.

Premièrement, elle contient le biais palpable selon lequel « *il doit y avoir des avantages* ».

Deuxièmement, et c'est plus important, vous omettez de mentionner que plusieurs essais contrôlés randomisés avec des résultats vérifiés (infections) ont été spécifiquement conçus pour détecter un bénéfice, et n'en ont trouvé aucun mesurable, pour aucune maladie respiratoire virale. Cela inclut les nombreux essais contrôlés randomisés qui ne constatent aucune différence entre les masques chirurgicaux ouverts et les respirateurs.²

Vous avez échoué à mentionner que ces résultats fixent une limite supérieure probabiliste à l'efficacité des masques, et vous n'avez pas calculé cette limite supérieure. Au lieu de cela, vous répétez la notion trompeuse selon laquelle des preuves fiables n'ont « *pas encore* » été trouvées pour confirmer votre parti pris.

En d'autres termes, si les masques étaient même modérément efficaces pour réduire le risque d'infection, alors un bénéfice aurait été statistiquement détecté dans un ou plusieurs des nombreux essais fiables qui ont déjà été réalisés.

Plus fondamentalement, un problème majeur de votre document est que vous vous basez à tort sur des rapports scientifiques de mauvaise qualité comme constituant des « *preuves* » utilisables. Avec les politiques publiques, en particulier les politiques de santé, ayant des conséquences draconiennes, il doit y avoir un seuil de normes en dessous duquel un rapport donné ne peut pas être utilisé comme indicateur de la réalité. Si la science exige des essais contrôlés randomisés avec des résultats vérifiés, c'est précisément parce que d'autres méthodes d'étude sont susceptibles d'être biaisés.

Le contexte d'une nouvelle maladie et d'une pandémie annoncée est un contexte dans lequel tous les rapports (médiatiques, politiques et scientifiques) sont susceptibles d'être largement biaisés. Les mécanismes des biais sont bien connus et anticipés, tels que : les prises de position politiques, les

conflits partisans, l'avancement de carrière, le remplissage des C.V., la reconnaissance des « découvertes », l'exploitation de l'intérêt et du soutien du public [au sens data mining, NdA], l'amélioration de la réputation institutionnelle et personnelle, les possibilités de financement, les intérêts des entreprises, etc.

La partialité de groupe n'est pas un phénomène rare. Un grand nombre d'études susceptibles de biais qui s'accordent sur un point n'ont que peu de valeur. Toute étude qui n'applique pas les outils scientifiques établis pour éviter les biais d'observation doit être présumée biaisée, dans tout contexte de politiques draconiennes.

C'est pourquoi l'OMS ne peut pas collecter et s'appuyer sur des études potentiellement biaisées pour formuler des recommandations qui peuvent avoir des effets dévastateurs (voir ci-dessous) sur littéralement la vie de milliards de personnes. L'OMS doit plutôt appliquer un seuil de normes strictes et n'accepter que des essais contrôlés randomisés dont les résultats sont vérifiés. Dans cette application, le simple fait que plusieurs études de qualité de ce type n'aient jamais confirmé les effets positifs signalés dans les rapports susceptibles de biais devrait être un signal d'alarme.

Par exemple, deux études récentes amplement promues qui ne satisfont pas au seuil des normes et qui, à notre avis, présentent un risque palpable de biais important sont les suivantes. L'étude de Renyi Zhang et al :

« Identifier la transmission par voie aérienne comme la principale voie de propagation de la COVID-19 » par Zhang, Renyi et al, Proceedings of the National Academy of Sciences, 11 juin 2020, 202009637 ; DOI : 10.1073/pnas.2009637117,

qui n'a pas été utilisé dans votre document, probablement parce qu'elle a été publiée plus tard.

L'étude de Zhang applique des extrapolations linéaires concoctées à partir de courbes épidémiologiques non linéaires pour conclure que les politiques d'imposition de masques ont dû fonctionner. Ce travail semble être carrément contredit par Sajadi et al. qui ont rigoureusement montré que les épidémies de la COVID-19 des centres à forte transmission étaient limitées à une bande étroite de latitude, de température et d'humidité absolue, indépendamment de toute considération d'imposition de distances sociales, y compris de masques, comme on pourrait s'y attendre pour des maladies respiratoires virales connues. ³

Et, l'étude de DK Chu et al :

« Distances physiques, masques faciaux et protection des yeux pour prévenir la transmission de personne à personne du SRAS-CoV-2 et de la

COVID-19 : une revue systématique et une méta-analyse » par Chu, DK et al, Lancet, 1er juin 2020, S0140673620311429, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/),

qui est votre référence 42.

L'étude Chu a été financée par l'OMS. Elle ne contient aucun essai contrôlé randomisé, mais utilise plutôt un enchevêtrement de données sur des associations de facteurs mal définis. La propre évaluation de « certitude » de DK Chu et al's concernant leur conclusion sur les masques est « FAIBLE », ce qui signifie que « notre confiance dans l'estimation de l'effet est limitée ; l'effet réel pourrait être substantiellement différent de l'estimation de l'effet » (leur tableau 2), mais ce résultat est une base pour votre recommandation aux gouvernements.

Dans votre document, après avoir recommandé l'utilisation des masques dans la population générale (votre tableau 2), vous décrivez les « avantages » et les « dommages » de ces applications.

Dans la section « Avantages/bénéfices potentiels » (p. 7), vous affirmez à tort que les « avantages probables » comprennent « la réduction du risque potentiel d'exposition venant des personnes infectées avant qu'elles ne développent des symptômes ». Comment cela peut constituer un avantage « probable », en l'absence totale de données fiables, dépasse l'entendement. Vos autres « avantages probables » sont les suivants :

- une réduction de la stigmatisation potentielle des personnes portant des masques pour éviter d'infecter d'autres personnes ... ;
- donner aux gens le sentiment qu'ils peuvent jouer un rôle en contribuant à arrêter la propagation du virus ;
- rappeler aux gens qu'ils doivent respecter d'autres mesures (par exemple, l'hygiène des mains, ne pas se toucher le nez et la bouche)... ;
- les avantages sociaux et économiques potentiels. Face à la pénurie mondiale de masques chirurgicaux et d'EPI, encourager le public à créer ses propres masques en tissu peut favoriser l'entreprise individuelle et l'intégration communautaire. En outre, la production de masques non médicaux peut offrir une source de revenus à ceux qui sont capables de fabriquer des masques au sein de leur communauté. Les masques en tissu peuvent également être une forme d'expression culturelle, encourageant l'acceptation par le public des mesures de protection en général...

Votre document comporte ensuite la section intitulée « Dommages/désavantages potentiels », dans laquelle vous indiquez :

Les dommages probables de l'utilisation du masque par des personnes en bonne santé dans le grand public sont notamment les suivants :

- risque potentiel accru d'auto-contamination dû à la manipulation d'un masque facial et au fait de se toucher ensuite les yeux avec des mains contaminées ;
- risque potentiel d'auto-contamination qui peut se produire si les masques non médicaux ne sont pas changés lorsqu'ils sont mouillés ou souillés. Cela peut créer des conditions favorables à l'amplification des micro-organismes ;
- des maux de tête et/ou des difficultés respiratoires potentiels, selon le type de masque utilisé ;
- développement potentiel de lésions cutanées sur le visage, de dermatites irritantes ou d'une aggravation de l'acné, en cas d'utilisation fréquente pendant de longues heures ;
- difficulté à communiquer clairement ;
- les problèmes de gestion des déchets ; l'élimination inadéquate des masques, qui entraîne une augmentation des déchets dans les lieux publics, le risque de contamination des nettoyeurs de rues et le danger pour l'environnement ; ...

À première vue, les « *dommages* » que vous décrivez sont plus graves que les avantages. Nous sommes donc d'autant plus perplexes que votre recommandation ne soit pas fondée sur des résultats scientifiques fiables.

Vous avez raison de souligner que les masques sont des collecteurs et des concentrateurs de substances et de matériaux chargés d'agents pathogènes, à proximité immédiate de la bouche, du nez et des yeux, de sorte que l'on pourrait s'attendre à une transmission par contact par le biais de ladite concentration.

Une journée de collecte d'agents pathogènes sur le masque par inhalation, accompagnée du toucher du masque, et suivie du retrait du masque et de son élimination ou de son rangement, ne semble en effet pas être une bonne idée. Peut-on raisonnablement s'attendre à ce que le grand public apprenne et suive les protocoles médicaux de sécurité des masques ? La plupart des essais fiables ont été réalisés avec des professionnels de la santé, et n'ont trouvé aucun avantage mesurable aux masques. Les masques rendraient-ils les choses pire dans la population générale ? Nous ne le savons pas, mais virtuellement la quasi-totalité des dirigeants des établissements de santé publique, y compris l'OMS, semblaient le penser.

En outre, vous avez omis d'importants dangers prévisibles, dont les suivants :

1. Sur le plan médical, directement imputable aux masques, les questions suivantes restent sans réponse : Les grosses gouttelettes capturées par un masque sont-elles atomisées ou aérosolisées en composants respirables ? Les virions s'échappent-ils d'une gouttelette en évaporation collée à une fibre du masque ? Comment les gouttelettes chargées d'agents pathogènes interagissent-elles avec les poussières et les aérosols capturés par le masque, y compris dans les environnements pollués ? Les masques neufs, usagés et nettoyés ou recyclés perdent-ils des fibres ou des substances

nocives ? Quels sont les effets à long terme sur la santé des contraintes et des modifications de la respiration résultant d'une utilisation prolongée des masques, tant pour les travailleurs de la santé que pour le grand public ?

2. L'utilisation de masques imposée ou forcée par la société induit-elle ou contribue-t-elle à un état psychologique de peur et de stress, chez une partie ou la plupart de la population ciblée ? Il est prouvé que le stress psychologique est un facteur qui peut déprimer le système immunitaire de manière mesurable et induire des maladies, notamment : le dysfonctionnement de la réponse immunitaire, la dépression, les maladies cardiovasculaires et le cancer. ⁴
3. Il existe un ensemble de travaux scientifiques fiables qui établissent que l'une des principales voies de transmission des maladies respiratoires virales est la fraction des plus petites tailles de particules d'aérosol, que ces particules restent en suspension dans l'air fluide dans des conditions de faible humidité absolue, que c'est la raison de la saisonnalité hivernale de ces maladies, et que la transmission se produit à l'intérieur (maisons, hôpitaux, centres commerciaux, garderies, avions, ...) où de fortes densités de particules d'aérosol sont en suspension dans l'air pendant les hivers des régions de latitude moyenne. Par conséquent, les politiques de port de masque imposé (inefficace) fournissent une couverture aux entreprises et aux gouvernements pour échapper à leur devoir de diligence, qui serait de gérer efficacement les environnements atmosphériques intérieurs de manière à ne pas constituer de centres de transmission.
4. La recommandation de l'OMS en vigueur est une « *propagande par la politique* » qui promeut l'idée non démontrée que la planification centrale mondiale peut atténuer de manière significative et en sécurité les maladies respiratoires virales saisonnières et pandémiques, qui nous accompagnent depuis que les animaux qui respirent marchent sur terre, et qui s'adaptent conjointement avec notre système immunitaire complexe. Cela, dans un contexte où la position de la science est malléable, il y a des milliards à gagner chaque saison grâce aux ventes de vaccins, la responsabilité des dommages causés par les vaccins a été socialisée et la réparation des dommages causés par les vaccins est devenue de plus en plus difficile à obtenir. Et, quels sont les effets à long terme de l'interférence constante et à grande échelle avec la réponse immunitaire humaine aux maladies respiratoires virales ? On ne peut manquer de remarquer que votre objectif est de limiter la transmission entre les individus en bonne santé et les programmes d'immunité artificielle universelle, plutôt que de se concentrer sur l'étude intégrée de la vulnérabilité immunitaire et de ses facteurs déterminants, en se concentrant sur les personnes réellement à risque.
5. Y a-t-il des effets néfastes sur la société elle-même, ainsi que sur la qualité et la profondeur des liens et de la cohésion sociale, dans une société masquée et se distanciant ? La famille nucléaire ou l'individu isolé s'isolent-ils dangereusement de l'environnement social ? Nos écoles primaires ont été transformées en cauchemars. La distanciation encouragée est une expérience sociale de dystopie à l'échelle mondiale, à travers les cultures et les peuples, prévue pour devenir une routine.
6. Lorsque le pouvoir de l'État est appliqué en l'absence de base

scientifique valable, et avec peu de débat parlementaire, il constitue un pouvoir appliqué arbitrairement. L'imposition de masques est un tel pouvoir coercitif. Quelles sont les conséquences sociétales à long terme de l'accoutumance au pouvoir d'État appliqué arbitrairement ? La récente étude scientifique de Hickey et Davidsen (2019) fournit une base théorique selon laquelle une telle accoutumance s'inscrit dans une dégradation progressive vers un État totalitaire, en fonction du degré d'autoritarisme (si la contestation individuelle est efficace) et du degré de violence (ampleur de la peine pour désobéissance). ⁵

7. L'Association des libertés civiles de l'Ontario est très préoccupée par les violations directes et pernicieuses des droits civils et de la dignité personnelle que le port de masque forcé incarne. Ces violations ont de multiples facettes.
 1. Dans une société libre et démocratique, l'individu a un droit présumé de faire sa propre évaluation du risque personnel lorsqu'il agit dans le monde. Les individus évaluent le risque, comme une question profondément personnelle qui intègre l'expérience, les connaissances, la personnalité et la culture, lorsqu'ils décident de marcher dehors, de prendre la voiture, le train, le bus ou le vélo, de suivre un itinéraire particulier, de manger un aliment particulier, de prendre un médicament particulier, d'accepter un traitement particulier, de porter ou non un vêtement particulier, d'exprimer ou non telle ou telle image d'eux-mêmes, d'avoir des interactions sociales particulières, d'adopter un travail ou un passe-temps, etc.
 2. C'est une imposition autoritaire injustifiée, et une indignité fondamentale, que de voir l'État imposer à l'individu son évaluation du risque, qui n'a aucun fondement scientifique, et qui est inférieure à une multitude de risques à la fois communs et souvent créés ou tolérés par l'État.
 3. Dans une société libre et démocratique, les entreprises et les institutions ne peuvent imposer des comportements individuels qui n'ont rien à voir avec la nature des relations de l'individu avec les entreprises ou les institutions, que l'individu soit consommateur ou client d'un service. Ces organismes ne peuvent imposer aux consommateurs des codes vestimentaires ou des symboles visibles de conformité ou d'adhésion, et donc discriminer ou refuser des services.

Notre association reçoit des plaintes et des demandes d'aide, de sorte que nous sommes très conscients du tort causé par les recommandations de l'OMS qui sont mises en œuvre par les gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral au Canada, malgré nos avertissements. ⁶

Malheureusement, les déclarations de l'OMS ont une influence disproportionnée sur nos gouvernements, qui sont trop faciles à contrôler. ⁷

Compte tenu de ce qui précède, nous concluons que votre récent revirement sur les masques est, au mieux, imprudent et irresponsable. Veuillez retirer cette recommandation immédiatement. Sinon, nous apprécierions de connaître vos explications que nous pourrions communiquer à nos membres et au public.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées,

JOSEPH HICKEY, B.Sc., M.Sc., Ph.D. joseph.hickey@ocla.ca Directeur exécutif, Association des libertés civiles de l'Ontario	DENIS RANCOURT, B.Sc., M.Sc., Ph.D. denis.rancourt@alumni.utoronto.ca Chercheur, Association des libertés civiles de l'Ontario
---	---

Notes

1. Rancourt, DG (2020) « *Mortalité toutes causes confondues pendant la COVID-19 : Pas de fléau et une signature probable d'homicide de masse par la réponse du gouvernement* », Le Saker Francophone, 2 juin 2020, <https://lesakerfrancophone.fr/mortalite-toutes-causes-confondues-pendant-la-covid-19>
2. – Xiao, J et autres (2020) « *Mesures non pharmaceutiques en cas de pandémie de grippe dans des contextes autres que ceux des soins de santé – Mesures de protection personnelle et environnementale* », Emerg Infect Dis. 5 mai 2020;26(5):967-975.
<https://dx.doi.org/10.3201/eid2605.190994> – « *Bien que des études mécanistes confirment l'effet potentiel de l'hygiène des mains ou des masques faciaux, les résultats de 14 essais contrôlés randomisés de ces mesures n'ont pas permis de conclure à un effet substantiel sur la transmission de la grippe confirmée en laboratoire. De même, nous avons trouvé des preuves limitées de l'efficacité d'une meilleure hygiène et d'un meilleur nettoyage de l'environnement* ».
– Rancourt, DG (2020) « *Les masques ne marchent pas : un examen de la science en rapport avec la politique sociale autour de la COVID-19* », ResearchGate, 11 avril 2020, maintenant sur viXra : <https://vixra.org/abs/2006.0044>
– Long, Y et al (2020) « *Efficacité des respirateurs N95 par rapport aux masques chirurgicaux contre la grippe : une revue systématique et une méta-analyse* », J Evid Based Med. 2020 ; 1 – 9. <https://doi.org/10.1111/jebm.12381> – « *Au total, six ECR impliquant 9 171 participants ont été inclus. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée dans la prévention de la grippe confirmée en laboratoire, des infections virales respiratoires confirmées en laboratoire, des infections respiratoires confirmées en laboratoire et des maladies de type grippal en utilisant des respirateurs N95 et des masques chirurgicaux. La méta-analyse a indiqué un effet protecteur des respirateurs N95 contre la colonisation bactérienne confirmée en laboratoire* ».
– Bartoszko, JJ et autres (2020) « *Masques médicaux vs respirateurs N95 pour prévenir la COVID-19 chez les travailleurs de la santé : une revue systématique et une méta-analyse des essais randomisés* », Influenza Other Respir Viruses, 2020;14(4):365-373, <https://doi.org/10.1111/irv.12745> – « *Quatre ECR ont fait l'objet d'une méta-analyse en tenant compte du regroupement. Par rapport aux respirateurs N95, l'utilisation de masques*

médicaux n'a pas augmenté les infections respiratoires virales confirmées en laboratoire (y compris les coronavirus) ou les maladies respiratoires cliniques ».

- Radonovich, LJ et autres (2019) « Respirateurs N95 vs masques médicaux pour la prévention de la grippe chez le personnel de santé : Un essai clinique randomisé », JAMA. 2019 ; 322(9) : 824-833.
doi:10.1001/jama.2019.11645, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749214> – « Parmi les 2862 participants randomisés, 2371 ont terminé l'étude et ont représenté 5180 saisons pour des professionnels de la santé (HCW). ... Parmi le personnel de santé ambulatoire, les respirateurs N95 par rapport aux masques médicaux tels que portés par les participants à cet essai n'ont entraîné aucune différence significative dans l'incidence de la grippe confirmée en laboratoire ».
- Offeddu, V et al (2017) « Efficacité des masques et des respirateurs contre les infections respiratoires chez les travailleurs de la santé : Un examen systématique et méta-analyse », Clinical Infectious Diseases, Volume 65, Issue 11, 1er Décembre 2017, Pages 1934-1942, <https://doi.org/10.1093/cid/cix681> – « L'évaluation auto-déclarée des résultats cliniques était sujette à des biais. La preuve d'un effet protecteur des masques ou des respirateurs contre une infection respiratoire vérifiée (IRM) n'était pas statistiquement significative » ; selon leur figure 2c.
- Smith, JD et al (2016) « Efficacité des respirateurs N95 par rapport aux masques chirurgicaux dans la protection des travailleurs de la santé contre les infections respiratoires aiguës : revue systématique et méta-analyse », CMAJ, Mar 2016, cmaj.150835 ; DOI : 10.1503/cmaj.150835, <https://www.cmaj.ca/content/188/8/567> – « Nous avons identifié 6 études cliniques ... Dans la méta-analyse des études cliniques, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les respirateurs N95 et les masques chirurgicaux en ce qui concerne le risque associé (a) d'infection respiratoire confirmée en laboratoire, (b) de maladie de type grippal, ou (c) d'absentéisme au travail déclaré ».
- bin-Reza, F et al (2012) « L'utilisation de masques et de respirateurs pour prévenir la transmission de la grippe : une revue systématique des preuves scientifiques », Influenza and Other Respiratory Viruses 6(4), 257-267, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-2659.2011.00307.x> – « Il y a eu 17 études admissibles. ... Aucune de ces études n'a établi de relation concluante entre l'utilisation de masques et de respirateurs et la protection contre l'infection grippale ».
- Cowling, B et autres (2010) « Masques faciaux pour prévenir la transmission du virus de la grippe : une étude systématique », Epidemiology and Infection, 138(4), 449-456.
doi:10.1017/S0950268809991658, <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/face-masks-to-prevent-transmission-of-influenza-virus-a-systematic-review/64D368496EBDE0AFCC6639CCC9D8BC05> – « Aucune des études examinées n'a démontré un bénéfice du port d'un masque, que ce soit dans le cadre du travail de santé ou dans la communauté membres des ménages (H). Voir les tableaux récapitulatifs 1 et 2 ».
- Jacobs, JL et autres (2009) « Utilisation de masques chirurgicaux pour réduire l'incidence du rhume chez les professionnels de la santé (HCW) au

- Japon : Un essai contrôlé randomisé »*, American Journal of Infection Control, Volume 37, Issue 5, 417 – 419, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19216002> – « *Les travailleurs de la santé masqués N95 étaient significativement plus susceptibles d'avoir des maux de tête. Il n'a pas été démontré que l'utilisation de masques faciaux chez les HCW présentait des avantages en termes de symptômes du rhume ou de prise de froid* »
3. Sajadi, MM et autres (2020) « *Analyse de la température, de l'humidité et de la latitude pour estimer la propagation potentielle et le caractère saisonnier des maladies à coronavirus 2019 (COVID-19)* », JAMA, Netw Open. 11 juin 2020 ; 3(6) : e2011834. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.11834 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767010>
 4. Cohen, S, Janicki-Deverts, D, Miller, GE (2007) « *Psychological Stress and Disease* », JAMA. 2007 ; 298(14):1685-1687. doi:10.1001/jama.298.14.1685
 5. Hickey, J, Davidsen, J (2019) « *Auto-organisation et stabilité temporelle des hiérarchies sociales* », PLoS ONE 14(1) : e0211403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211403>
 6. Rancourt, DG (2020) « *Critique de la réponse du gouvernement à COVID-19 au Canada* », 18 avril 2020, Association des droits civils de l'Ontario, Rapport OCLA 2020-1, <http://ocla.ca/ocla-research-report-2020-1>
 7. « *Les lois sur les masques obligatoires se répandent au Canada : Jusqu'à présent, elles visaient principalement les transports, mais les appels se multiplient en faveur d'une application plus généralisée* », par Emily Chung, CBC News, 17 juin 2020. <https://www.cbc.ca/news/health/mandatory-masks-1.5615728>
-

[Voir aussi : La science est concluante : les masques et les respirateurs n'empêchent PAS la transmission des virus]