

Quelques éclairages à propos d'aspects sanitaires de la Covid 19

Contagiosité des asymptomatiques ?

Lors d'une [conférence de presse de l'OMS le 8 juin dernier](#) (@ 2') une médecin explique que la contagiosité des asymptomatiques n'est pas manifeste. Il y a eu suspicion mais pas d'éléments récurrents qui justifient l'inquiétude. La dame insiste plutôt sur l'importance de suivre les contacts des personnes avec symptômes (autrement dit effectivement malades) .

C'est aussi ce que dit le [Pr. Perronne[¤] dans cette interview du 8 octobre](#) (@ 8'20") . « *On a inventé cette soi-disant transmission asymptomatique* ».

[¤] chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital de Garches.

Quand est-il des affirmations contraires ?

Le 6 août, [cet article](#) affirmait d'entrée : « *Les individus porteurs confirmés du virus qui n'ont pas de symptômes de la maladie sont aussi contagieux que ceux avec symptômes et pourraient nécessiter d'être isolés afin de prévenir la diffusion.* » Il prétend qu'il s'agit là de la conclusion d'une étude tout juste parue. Or, lorsque l'on examine [la dite étude](#), les auteurs expliquent :

« *Bien que la charge virale élevée observée chez les patients asymptomatiques soulève la possibilité d'un risque de transmission, notre étude n'a pas été élaborée pour déterminer ceci.* »

De son côté, le CDC (Center for Disease Control - États-Unis) évoque très rapidement dans sa [page qui traite de la diffusion par aérosol](#) (mise à jour du 5 octobre) : « *Nous savons [...] que l'infection peut se propager par des personnes sans symptômes* ».

Cependant, parmi les références citées, une seule aborde cette question. Il s'agit d'une étude de juin intitulée *Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection : A Narrative Review*. En examinant cette étude, on découvre que les auteurs y écrivent :

« *Comme indiqué plus tôt, les données et les études passées en revue ici sont imparfaites sur beaucoup d'aspects. L'étude idéale sur l'infection par des porteurs asymptomatiques reste à faire.* »

Conclusion : je n'ai toujours pas trouvé de fondement documenté à l'affirmation selon laquelle les personnes asymptomatiques sont contagieuses.

Test positifs et maladie

- (5 octobre) Sur les 10 millions de tests PCR effectués en France, 4% ont été positifs, et 5% des positifs étaient malades (dixit Dr. Laurent Toubiana[#] dans [cette interview du 5 octobre](#) à 4'30").
- les "cycles d'amplification" utilisés par certains labo sont tels (>35) que les résultats de ces tests n'ont aucune signification (Le Pr. Jean-François Toussaint^{*} explique davantage ce raisonnement dans [cet entretien du 11 septembre](#) à 4'30")

[#] chercheur épidémiologiste à l'INSERM.

^{*} professeur de physiologie à l'université de Paris-Descartes et directeur de l'Institut de Recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport (IRMES).

Immunité collective ?

Plusieurs études indiquent un taux d'immunité de 60 à 80%. L'essentiel de l'immunité serait liée aux lymphocytes T et non pas aux anticorps. Le fait de ne pas détecter d'anticorps ne signifie pas que l'on n'est pas immunisé.

Dans cet [entretien sur LCI début juin](#) (à 1'30"), P. Douste-Blazy évoque trois études différentes qui indiquent une immunité de 40 à 70% avant même l'épidémie.

D'autres études plus récentes sont recensées dans [cet article](#).

Utilité des masques

Contrairement à ce que j'avais diffusé il y a quelques semaines, quelques intervenants majeurs ont modifié leur avis quant à l'importance de l'aérosol de la respiration comme mode de transmission du SC2.

Ainsi, [dans sa mise à jour du 5 octobre](#), le CDC indique que l'aérosol respiratoire n'est pas un mode dominant de transmission du SC2. Il reconnaît que, pour qu'il y ait contamination par cette voie, il faut une situation de confinement long dans une pièce mal ventilée en présence d'une personne infectée.

Ce document du CDC précise bien que le terme *aérosol* désigne les particules d'eau si fines et si légères qu'elles restent plusieurs minutes voire heures en suspension dans l'air. Ces particules invisibles à l'œil nu (taille de quelques microns, voire inférieure au micron) suivent le moindre

courant d'air : elles se dispersent dans une pièce et sont facilement aspirées avec le flot de l'inspiration.

Comme je l'avais argumenté (voir [cet article](#)), les masques "3 plis" sont peu efficaces pour faire barrage à ces particules et donc au virus qu'elles peuvent transporter. Pour compléter mon propos d'alors j'ajoute que, si ces masques réduisent les proportions émises et reçues, ces réductions sont très insuffisantes par rapport aux nombres de virions en circulation dans une maladie contagieuse. Seuls les masques de type FFP sont considérés par les professionnels de santé comme adéquats pour la protection des personnes en milieu contaminé par un aérosol infectieux.

Reste la voie des *gouttelettes*, autrement dit les particules d'eau expulsées lors de la parole, de la toux, de l'éternuement. Celles-ci ont une taille de plusieurs dizaines de microns. Elles tombent sous l'effet de leur poids et ont peu de chance d'être directement inspirées par un voisin. Par contre, elles sont susceptibles de se déposer sur son visage, ses vêtements ou sur les objets alentours et de rejoindre les voies respiratoires par contact avec les mains.

Pour éviter la contamination par les gouttelettes, le port d'un masque par les personnes malades est clairement une solution efficace. Cependant, pourquoi imposer le masque sur le nez ? (qui postillonne par le nez ?!). Et pourquoi interdire les visières ? Cette protection offre l'avantage de permettre une respiration beaucoup plus libre tout en interceptant les gouttelettes.

Et toujours, le lavage régulier des mains.

En conclusion, je considère toujours que l'obligation de port du masque généralisé en intérieur comme en extérieur n'a pas de fondement rationnel. En ce qui concerne cette obligation pour les adolescents à l'école, je considère même qu'il s'agit d'une mesure qui confine à la cruauté.