



Outil simplifié de PEER : port du masque par le grand public et par les travailleurs de la santé

Samantha Moe PharmD Nicolas Dugré PharmD MSc G. Michael Allan MD CCFP Christina S. Korownyk MD CCFP
Michael R. Kolber MD CCFP MSc Adrienne J. Lindblad ACPR PharmD Scott Garrison MD PhD CCFP Jamie Falk PharmD
Joey Ton PharmD Danielle Perry RN Betsy Thomas BScPharm Anthony Train MB ChB MSc CCFP James McCormack PharmD

Cet outil simplifié a pour but de faire connaître les constatations d'une revue-cadre systématique du groupe PEER (Patients, Expérience, Évidence, Recherche) sur le port du masque, notamment par Dugré et coll¹. La première page de l'outil simplifié résume les constatations sur le port du masque par la population (Figure 1), et la deuxième page fait la synthèse des observations concernant l'utilisation du masque par les travailleurs de la santé (Figure 2). Une version facile à imprimer de l'outil se trouve dans **CFPlus***.

Comment l'outil simplifié a-t-il été élaboré?

Le contenu de l'outil simplifié découle d'une revue-cadre systématique de revues systématiques, qui évalue et méta-analyse des essais contrôlés randomisés en se fondant sur des similarités cliniques¹. Il est axé sur les résultats cliniquement significatifs pour les patients ou les travailleurs de la santé.

Les résultats ont été évalués en portant surtout attention aux estimations des effets et aux intervalles de confiance plutôt qu'à leur signification purement statistique^{2,3}. Pour ce faire, le risque absolu des événements a été calculé en regroupant les taux des événements contrôlés dans les essais originaux et en appliquant le risque relatif méta-analysé rajusté pour les essais en grappe afin d'obtenir le taux d'événements dans le groupe traité¹. La différence dans le risque absolu est rapportée au moyen de l'intervalle de confiance à 95% pour expliquer la fourchette des effets possibles.

Contexte et limites

Dans l'interprétation de la littérature scientifique sur le masque, il importe de comprendre que des études n'ont toujours pas été entreprises, et qu'il existe des limites dans les études déjà effectuées. Aucun essai contrôlé randomisé n'a identifié le port généralisé du masque par la population, comme l'ont recommandé certains pays durant la pandémie de l'infection au coronavirus 2019 (COVID-19). Les études qui s'en rapprochaient le plus ont été faites sur de petites grappes, dans les halls d'entrée de résidences universitaires, durant des saisons grippales¹. Les essais contrôlés randomisés sur le port du masque par les travailleurs de la santé se limitaient au milieu hospitalier, et aucun essai n'a été fait dans le

milieu des soins primaires ou d'autres consultations externes. Notre revue ne s'est pas penchée sur les effets du port du masque durant des interventions spécifiques à risque élevé qui exigent des modifications dans l'utilisation du masque (p. ex. intubation). Aucune étude n'a été effectuée sur les effets du port du masque sur la prévention des infections à la COVID-19. Les essais réalisés jusqu'à maintenant sont limités en raison des faibles taux d'événements, de la conformité variable au port du masque et du risque de biais élevé. D'autres limites sont brièvement expliquées dans l'outil simplifié.

Cet outil simplifié n'est pas une ligne directrice; il s'agit plutôt de renseignements présentés pour promouvoir une mise en application éclairée par les meilleures données probantes accessibles.

M^{me} Moe (PharmD) est experte en données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada à Mississauga (Ontario). **M. Dugré** (PharmD) est pharmacien au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (Québec), et professeur adjoint de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Le **D^r Allan** est directeur des Programmes et du soutien à la pratique au Collège des médecins de famille du Canada, et professeur au Département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta à Edmonton. La **D^{re} Korownyk** est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Kolber** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. **M^{me} Lindblad** (PharmD) est coordonnatrice de la transposition des connaissances et des données probantes au Collège des médecins de famille de l'Alberta, et professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Garrison** est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. **M. Falk** (PharmD) est professeur agrégé au Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba à Winnipeg. **M. Ton** (PharmD) est pharmacien à Edmonton et expert en données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada. **M^{me} Perry** est experte en transposition des connaissances au Collège des médecins de famille de l'Alberta. **M^{me} Thomas** est experte en transposition des connaissances au Collège des médecins de famille de l'Alberta. Le **D^r Train** est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université Queen's à Kingston (Ontario). **M. McCormack** (PharmD) est professeur à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Dugre N, Ton J, Perry D, Garrison S, Falk J, McCormack J et coll. Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public. PEER umbrella systematic review. *Can Fam Physician* 2020;66:509-17.
2. McCormack J, Vandermeer B, Allan GM. How confidence intervals become confusion intervals. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:134.
3. Allan GM, Finley CR, McCormack J, Kumar V, Kwong S, Braschi E et coll. Are potentially clinically meaningful benefits misinterpreted in cardiovascular randomized trials? A systematic examination of statistical significance, clinical significance, and authors' conclusions. *BMC Med* 2017;15(1):58.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2020;66:e187-9.

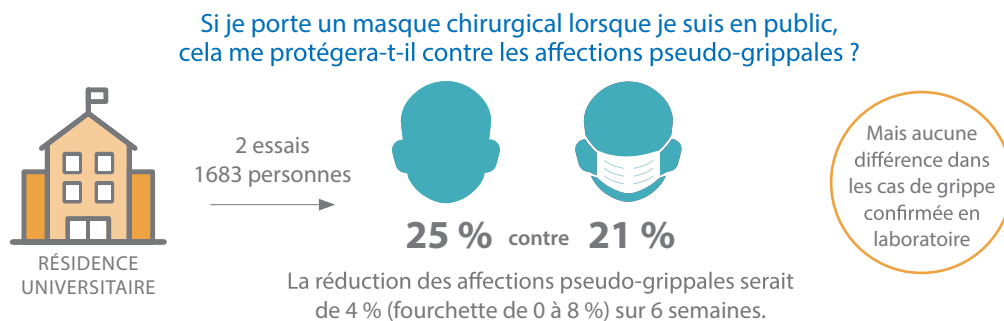
The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2020 issue on page 505.

*Une version facile à imprimer de l'outil simplifié se trouve à www.cfp.ca. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

Figure 1

PORT DU MASQUE POUR LA POPULATION GÉNÉRALE

Selon des données probantes issues d'essais contrôlés randomisés



Devrais-je porter un masque chirurgical à la maison lorsqu'un membre de la famille tombe malade ?

La personne malade porte un masque
2 essais, 903 personnes



Les membres de la famille en santé portent un masque
1 essai, 290 personnes



Tous les membres de la famille portent un masque (malades ou non)
4 essais, 2750 personnes



Dans les trois scénarios, le port d'un masque n'a PAS réduit le risque de contracter une affection pseudo-grippale ou une grippe confirmée.

Les masques ne sont qu'une partie de la prévention des infections.

(par exemple : éloignement physique, lavage des mains)

Peut-on se fier à ces résultats ?

Voici quelques-unes des limites :

- Les masques ne sont pas portés de façon constante dans les études.
- Pour les études dans les familles, les personnes étaient déjà malades avant qu'ait commencé le port du masque.
- Trop peu de personnes sont tombées malades pour que cela fasse une différence dans les résultats.
- Les affections pseudo-grippales ne sont pas définies de la même façon d'un essai à l'autre.

Ce que nous ne savons pas encore :

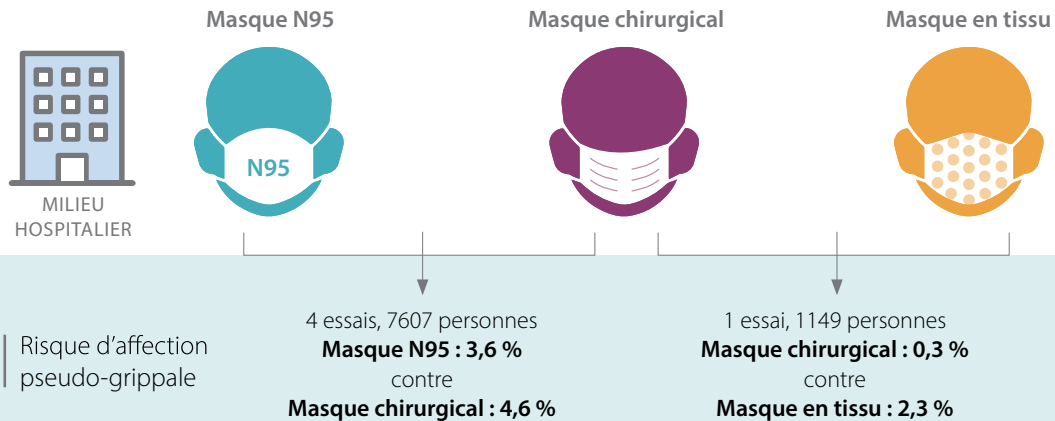
- Les masques en tissu sont-ils efficaces en communauté ?
- Le port de masques en public empêchera-t-il d'autres personnes de tomber malades ?
- Les masques empêcheront-ils la transmission de la COVID-19 ?

Figure 2

PORT DU MASQUE POUR LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Selon des données probantes issues d'essais contrôlés randomisés

Pour les travailleurs de la santé, les divers types de masques offrent-ils un différent degré de protection contre les affections pseudo-grippales ?



Risque d'affection pseudo-grippale

S'il y a une différence entre les groupes, elle serait d'environ 1 % (fourchette de 0 à 2 %) sur 4 à 12 semaines.

Pas de différence dans les cas de grippe confirmée en laboratoire et d'infections respiratoires virales confirmées en laboratoire.

La différence dans les cas d'affections pseudo-grippales serait de 2 % sur 4 semaines (fourchette de 0 à 2,3 %).

Les masques ne sont qu'une partie de la prévention des infections. De l'équipement de protection individuelle et des précautions supplémentaires doivent être employés en fonction du contexte clinique.

Peut-on se fier à ces résultats ?

Voici quelques-unes des limites :



Les masques ne sont pas portés de façon constante dans les études.



Trop peu de personnes sont tombées malades pour que cela fasse une différence dans les résultats.



Les affections pseudo-grippales ne sont pas définies de la même façon d'un essai à l'autre.



La propagation de l'infection en dehors du milieu de travail peut avoir un impact sur les études.



Interprétation des résultats sensible aux statistiques utilisées.

Ce que nous ne savons pas encore :

Il n'y a pas de recherches en soins primaires.

Ces travaux de recherche n'indiquent pas les interventions à risque élevé qui nécessitent une modification de l'usage du masque.

Aucuns travaux de recherche sur la COVID-19 n'ont encore été complétés.