



HAL
open science

Prolonger l' " espérance de vie " du masque. L'épreuve singulière de soignants en mal d'équipement

Cedric Calvignac

► **To cite this version:**

Cedric Calvignac. Prolonger l' " espérance de vie " du masque. L'épreuve singulière de soignants en mal d'équipement. Sciences et Avenir, 2020. hal-02904436

HAL Id: hal-02904436

<https://hal.science/hal-02904436>

Submitted on 22 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Prolonger l' « espérance de vie » du masque : L'épreuve singulière de soignants en mal d'équipement

Au cours des premières semaines de l'épidémie, la pénurie de masques a engendré un abaissement significatif du niveau de protection des soignants et, avec eux, de leurs patients. Du côté des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), cette situation de sous-équipement a surpris par sa soudaineté, sa durée et son ampleur. En l'espace de quelques jours, elle a conduit tous les soignants (ou presque) à se soumettre à une logique d'épargne et de restriction poussée et, ce faisant, à s'astreindre au port prolongé d'équipements de protection pourtant hautement périssables. Les soignants se sont ainsi employés à accroître la durée d'usage — ou pourrait-on dire « l'espérance de vie » — des quelques masques en leur possession de façon à bénéficier plus longuement de la protection qu'ils confèrent : une protection toutefois connue pour être déclinante au-delà de trois à quatre heures d'usage. Afin de repousser les limites d'un si fragile allié, les soignants ont recouru à l'emploi de diverses précautions d'usage, de techniques de conservation et de « décontamination » des masques allant des plus conventionnelles aux plus hétérodoxes, des plus scientifiquement assises aux plus incertaines, des plus recommandables aux plus contestables. Dans le cadre de cet article, nous rendons compte des solutions de fortune ainsi mises en œuvre et de ce que leur emploi a suscité comme doutes et inquiétudes chez les soignants. Nous nous interrogeons également sur les conséquences sanitaires et socio-professionnelles de cette singulière épreuve du sous-équipement en temps de crise. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les premiers résultats d'une enquête sociologique reposant sur un appel à témoignages lancé début avril à destination des personnels soignants.

Nous sommes un collectif de chercheurs des universités de Nice, Toulouse et de l'École des Mines de Paris engagés dans une enquête sociologique portant sur l'usage des masques durant l'épidémie. Cette enquête baptisée « Maskovid » (et financée par l'ANR) comprend un volet dédié au recueil de témoignages des seuls soignants. Les récits ainsi obtenus sont très précieux : ils donnent à voir de l'intérieur la façon dont les professionnels de santé s'organisent, se mobilisent, se réinventent dans une situation de pénurie au cours de laquelle les ressources matérielles et humaines indispensables à la bonne administration des soins manquent cruellement. À ce jour, ce sont près de 300 témoignages qui ont été recueillis et qui feront l'objet d'un traitement approfondi dans les mois à venir. Avant que l'enquête ne livre toutes ses conclusions, nous souhaitons ici rendre compte de premiers résultats tirés de la lecture attentive des 120 premiers témoignages recueillis entre les 5 et 21 avril 2020. C'est une façon pour nous de remercier ceux qui ont pris le temps de nous répondre et/ou qui ont prêté leurs concours à la diffusion de notre appel à témoignage ; c'est également l'occasion de renouveler notre invitation à renseigner cet appel et à prendre ainsi part à une recherche participative et ouverte visant une meilleure compréhension de l'épreuve collective que nous traversons.

N'hésitez pas à renseigner cet appel à témoignages ou, dans le cas où vous ne seriez pas directement concerné(e), à le diffuser auprès des personnels soignants de votre entourage :

<https://limesurvey.univ-jfc.fr/index.php/372188?lang=fr>

Une pénurie généralisée, inégalement distribuée et durable

Commençons par caractériser la pénurie de masques à laquelle les soignants ont été confrontés (depuis début mai, celle-ci se résorbe progressivement). Cette pénurie a tout d'abord été généralisée. Rares sont en effet les professionnels qui ont pu exercer leur activité avec les seules dotations de l'État (et de ses agences régionales). En tout et pour tout, seuls trois témoins ont fait état d'un approvisionnement satisfaisant en masques. Tous les autres ont, au contraire, insisté sur la délivrance de masques en nombre insuffisant ou non adaptés au degré d'exposition consenti (manque criant de masques ffp2 notamment). Pour certains, les dotations de l'État ont manqué sur d'assez longues périodes. Nadine, infirmière de 58 ans travaillant en EHPAD, insiste sur le fait que « jusqu'à la semaine dernière (6 avril) », elle et ses collègues ne disposaient d'aucun équipement provenant de l'État. Leurs masques et autres équipements de protection étaient tous issus de dons d'entreprises (dons « de carrossiers, de peintres »), mais « aucun arrivage de l'État », ce qui lui fait dire : « nous avons été oubliés ! ». Ce sentiment d'abandon est très largement partagé par les répondants, notamment par ceux qui, aides-soignants, auxiliaires de vie, ambulanciers affirment avoir été moins bien dotés que leurs collègues infirmiers et médecins. La pénurie est certes générale mais on observe qu'elle est perçue par certains témoins comme affectant inégalement les professionnels de santé en fonction de leurs statuts. Enfin, la pénurie de masques a marqué les répondants par son caractère durable. L'« impréparation » des pouvoirs publics les a, à ce titre, interpellés tant ils n'envisageaient pas la possibilité d'un tel dénuement sur une si longue période.

Retenons ici que l'écrasante majorité des soignants ont été mal protégés et l'ont été plusieurs semaines durant. S'inscrivant dans le temps, cette pénurie a amené les soignants à porter une plus grande attention à leur équipement. Ils ont notamment tous intégré la nécessité de repousser les limites du masque de protection : un objet fragile, hautement périssable, pensé pour être jeté à courte échéance et au moindre doute de contamination. Un objet dont les propriétés sont ambivalentes : d'abord protecteur, il peut rapidement devenir inopérant voire contaminant.

Les soignants aux prises avec un objet fragile aux propriétés ambivalentes

Le masque — qu'il soit chirurgical ou de type « canard » (ffp2) — est un dispositif de protection fragile aux propriétés ambivalentes. Fragile tout d'abord car les élastiques dont il est pourvu cèdent parfois dès sa prise en main. Il faut alors les agraffer ou les scotcher pour en conserver l'usage. Fragile encore car toute mauvaise manipulation entraîne l'invalidation d'une part de son pouvoir protecteur voire peut participer de la diffusion d'agents contaminants. Une telle fragilité confère au masque des propriétés ambivalentes : il est consécutivement protecteur (sous des conditions optimales d'usage) et potentiellement contaminant (dès lors que son usage se prolonge au-delà du temps requis ou que des manipulations sont opérées pour l'enlever, l'ajuster, le replacer, le réparer). Magalie, médecin urgentiste de 29 ans exerçant en centre hospitalier, indique qu'elle dispose désormais de « deux ffp2 pour 14 heures » de travail et que, dans ces conditions, elle n'a « pas le droit de quitter [son masque] au risque de se contaminer ». Elle a donc pleinement conscience du fait que son masque peut se retourner contre elle. C'est d'ailleurs le cas de nombre des répondants qui tentent d'identifier le point de bascule (ou point de rupture) à partir duquel leur masque devient potentiellement dangereux. Ainsi, Lucile, infirmière de 23 ans en centre hospitalier, avance que « le temps de port du masque ne dépasse pas [selon elle] 5 heures pour un FFP2 ou pour un chirurgical », une estimation personnelle — qui se fonde sur ses propres connaissances et expériences pratiques — et qui ajoute une heure au temps officiellement prescrit. On s'imagine dès lors ce que l'usage d'un masque passé ce délai signifie à ses yeux : un risque avéré, une pratique plus dangereuse pour soi ainsi que pour les patients auscultés en fin de poste.

Les soignants fonctionnent non seulement en sachant leur protection défaillante mais également en ayant l'inquiétude légitime de devenir, par leurs masques et équipements usagés, vecteurs de l'épidémie. C'est ce qu'exprime Géraldine, pédiatre de 39 ans dans un cabinet médical, qui dit craindre de voir les gens du métier (à commencer par elle) « faire [les] super [spreaders] ». Pour ne pas devenir les catalyseurs de l'épidémie malgré eux, et face à une pénurie avancée, les soignants avancent sur quatre fronts à la fois : 1) ils font les fonds de tiroir et ressuscitent des stocks de masques périmés ; 2) ils se réapprovisionnent tous azimuts auprès de tous types d'acteurs ; 3) ils jouent sur les conditions de dépose, d'entretien, de recyclage des masques ; 4) ils confectionnent leur propre équipement et/ou créent des assemblages techniques inédits.

Faire les fonds de tiroir : exhumer les stocks de masques périmés

De très nombreux témoignages rapportent l'usage déterminant de stocks de masques périmés qui datent généralement de la période 2009-2010 au cours de laquelle sévissait la grippe A/H1N1. À l'époque moquée, l'action de Roselyne Bachelot apparaît, quelques dix ans plus tard, incidemment salutaire tant les professionnels de santé ont très largement tenu, durant les premières semaines d'épidémie, sur ces seuls stocks oubliés et opportunément exhumés. Cela dit, l'emploi de masques périmés depuis plus de 10 ans n'est pas sans soulever quelques questions pour ceux qui en dépendent ; des questions généralement évacuées par les référents et responsables des cellules d'hygiène des centres hospitaliers qui se portent généralement garants de leur employabilité. Sonia, infirmière anesthésiste de 59 ans en centre hospitalier, déclare que, depuis le début de l'épidémie, elle dispose de « masques ffp2 périmés » dont « la cellule d'hygiène garantit l'efficacité ». Elle rapporte une croyance toute relative en cette annonce pensée pour être rassurante (sans jamais pouvoir l'être tout à fait) et se fait le relai d'un « mécontentement général » devant « la mauvaise gestion de la crise ». De telles annonces sont d'ailleurs souvent démenties dès la prise en main de l'objet. Ainsi, Béatrice, infirmière libérale de 48 ans, effectuant des visites à domicile, précise que « pour les masques ffp2 périmés, il [lui] a fallu bricoler avec du « scotch de bricolage », car la mousse qui se trouve sur la réglette du nez était moisie et se délitait ».

Quelle que soit la qualité des stocks périmés, nombreux sont les professionnels qui les ont employés, soulagés de pouvoir ainsi compenser les dotations trop faibles de l'État. Les détenteurs de ces stocks ont, pour la plupart, continué à demander à être fournis en masques par les pharmacies locales et à bénéficier de leur lot de fournitures comme les autres. L'objectif étant de pérenniser et de sécuriser leur activité. Christelle, infirmière libérale de 52 ans exerçant en cabinet, explique « avoir retrouvé [des] ffp2 envoyés pour le H5N1 très bien emballés et conservés » auxquels s'est ajoutée une « première dotation » de l'État de « 50 masques chirurgicaux périmés fin mars pour trois temps plein » suivie d'une deuxième dotation la semaine suivante et d'une distribution d'un « gros carton de ffp2 » par le « maire de la commune ». On voit bien que les équipements vont d'un stock à un autre : du stock national au stock personnel en passant par différents stocks de niveaux intermédiaires. Arrivés à destination, ils permettent aux soignants de disposer — lorsque c'est possible — d'une réserve sur leur lieu d'exercice plutôt que de s'en remettre à un approvisionnement à flux tendu qui reste très incertain. Tout professionnel, à son échelle ou à l'échelle de son cabinet, est en effet soumis à l'aléa de l'approvisionnement et compte les jours qui le séparent d'un exercice sans protection ou parfois même de l'hypothétique fermeture du cabinet. Louis, cardiologue de 32 ans, précise qu'avec les membres de son cabinet, « ils n'ont pas beaucoup de réserve, seulement pour quatre-cinq jours ». Une échéance de très court terme, repoussée de peu à chaque réapprovisionnement.

Les stocks de masques périmés ont généralement permis aux soignants de maintenir un niveau d'activité minimal, de poursuivre tant bien que mal l'administration des soins les plus indispensables. Pour autant, il est des situations où ils ont dépassé cette fonction première pour offrir à leurs détenteurs une marge de manœuvre plus importante dans la détermination des niveaux de protection qu'ils s'octroient. Ces stocks ont ainsi servi de variable d'ajustement permettant aux soignants de reprendre le contrôle sur des conditions de travail difficiles et de s'assurer d'un niveau de protection supérieur à celui établi et recommandé par les autorités. Les professionnels de santé tournent en dérision ces recommandations si peu fiables car elles sont sous-évaluées et fluctuent au gré de la profondeur des stocks à disposition. Ils se réfèrent donc aux normes et standards passés (définis avant la crise) et tentent de s'en approcher au maximum. Sophie, manipulatrice radio de 39 ans exerçant en clinique, confie qu'« ayant quelques ffp2 en stock, même périmés, [elle et ses collègues] sont allés contre ces consignes et [qu'ils mettent] un ffp2 par demi-journée au scanner ». Ainsi, posséder un stock en local confère aux soignants l'opportunité de ne plus se soumettre à l'approvisionnement au compte-gouttes de l'État et de mettre à distance les recommandations de circonstance transmises par les autorités pour y préférer des standards de protection plus élevés.

Cette reconstitution en local des stocks de masques peut s'opérer au sein des différents services d'un même établissement de soin lorsque l'allocation des masques par les cadres de santé est dénoncée par une partie du personnel comme desservant leur intérêt ou celui de leur équipe. En effet, des stocks à l'échelle des services et des équipes soignantes d'un même établissement sont parfois constitués et forment une filière parallèle d'approvisionnement. C'est ce que rapporte Martine, infirmière anesthésiste de 49 ans, qui a jugé nécessaire de créer des cachettes où elle et ses collègues disposent les « nombreux dons d'entreprise » qui leur parviennent en main propre de façon à court-circuiter le travail de redistribution du cadre de santé. Martine explique : « au début

bêtement, nous donnions [les nombreux dons d'entreprises reçus] à nos cadres... et jamais nous n'en voyions la couleur. Maintenant, nous gardons dans des cachettes secrètes les dons ». Cette privatisation des dons est à mettre en lien avec la conviction des personnes concernées de subir les conséquences d'une sous-évaluation injustifiée des risques courus dans le (ou les) service(s) concerné(s). Elle est le signe d'un dialogue avorté entre les cadres et les équipes qu'ils sont censés assister. On peut craindre que cette pratique de privatisation des dons n'entraîne, si elle venait à se généraliser, une répartition sous-optimale des moyens techniques globalement mis à disposition des établissements de soin et des soignants. En effet, certaines équipes pourraient être amenées à stocker en trop grande quantité des masques par ailleurs manquant, l'affectation des masques ne se feraient plus seulement en fonction des ordres de priorité établis par les responsables d'établissement et des services, mais s'établirait également de façon plus aléatoire *via* l'établissement de circuits de dons plus horizontaux entre soignants et entreprises qui échapperaient à la vigilance des responsables et ne seraient pas intégrés au dispositif d'ensemble mis en place dans les établissements concernés. Cette privatisation des dons est enfin — et surtout — le signe d'un « repli protectionniste » consubstantiel à la rétraction soudaine des moyens de fonctionner pourtant indispensables à la bonne marche d'un système médical s'appuyant sur des protocoles de soin d'ordinaire si exigeants et précautionneux.

La grande majorité des soignants ont conscience qu'un compromis satisfaisant se situerait entre la consommation parfois excessive des périodes abondantes (au titre du principe de précaution) et les préconisations sous-évaluées transmises en cours d'épidémie (au titre de l'urgence de la situation). Le contraste entre ces deux positions est d'ailleurs saisissant et il ne manque pas d'être souligné. Julie, infirmière puéricultrice de 38 ans exerçant en centre hospitalier, insiste sur la dissonance des prescriptions et dérogations propres à ces deux périodes: « À l'époque, pas de restriction, bien au contraire ! Nous devons user et abuser du masque, même pour répondre à une alarme de scope¹ ou de SAT². À l'heure actuelle, nous utilisons 3 masques/poste/agent. Tout est tracé, comptabilisé ». Un tel contraste est douloureusement vécu et demande une adaptation considérable de sa pratique et une modification non négligeable de la façon dont on l'envisage. On passe d'une situation où l'on fait peu de cas des équipements, perçus comme de véritables allant de soi d'une démarche de protection illimitée des soignants, à une situation inverse où les soignants susceptibles d'exercer leur pratique sont dénombrés en fonction des masques dont dispose leur établissement (cabinet médical notamment). Ainsi, Audrey, médecin généraliste de 31 ans exerçant en cabinet médical, rapporte qu'elle a « mis en place avec [sa] collègue un roulement par demi-journée pour ne pas être présente en même temps et ainsi "épargner des masques" ».

Un réapprovisionnement tous azimuts et chronophage

Le défaut d'approvisionnement public a également suscité l'émergence spontanée et/ou l'activation de filières d'approvisionnement d'ordre privé. Ces filières « privées » relèvent de l'activation de réseaux personnels (famille, proches, collègues) mais également de la mise à contribution de sa propre patientèle, d'acteurs locaux (entreprises du coin, artisans et bénévoles se signalant localement) ou plus largement d'anonymes contactés *via* les réseaux sociaux numériques. Nous reproduirons ici deux longs extraits de témoignages, typiques des récits généralement rapportés, qui établissent le caractère éclaté de tels approvisionnements :

« La première semaine du confinement, le premier jour de travail j'ai eu deux masques chirurgicaux par une patiente qui en avait chez elle. Donc j'ai commencé ma tournée sans rien. Sachant que les pharmacies n'en avaient pas. Ma mère est venue chez nous le soir avec deux masques chirurgicaux : sa voisine à un cancer et lui avait donné deux masques. J'ai continué à faire le tour des pharmacies sans succès. J'ai alors demandé à ma mère de faire des masques en tissu comme au CHU de Grenoble. Le mardi, mon mari plombier a trouvé des masques dont il se sert ffp2 et ffp3. Il m'en a donné six. Le mardi soir j'ai croisé une amie kiné qui n'avait plus le droit d'exercer et qui m'a donné dix masques chirurgicaux. J'étais un peu rassurée d'avoir de quoi me protéger, mais je portais un masque chirurgical sur ma journée de travail et non sur quatre heures. Le jeudi les pharmacies ont reçu leur dotation et j'ai pu avoir seize masques chirurgicaux. » (Livia, 43 ans, infirmière, visite à domicile)

¹ Le scope (ou moniteur) est un écran de contrôle qui permet de suivre en permanence les paramètres vitaux d'un patient : rythme cardiaque, pouls, taux d'oxygène dans le sang, tension artérielle ou encore température. En cas de trouble du rythme par exemple, l'appareil déclenche une alarme.

² SAT : taux de saturation en oxygène du sang

Pour Livia, la sollicitation de son seul réseau personnel a suffi, mais il en est allé différemment pour Sandrine qui a dû quant à elle davantage se tourner vers des bénévoles et des professionnels locaux pour parachever sa collecte de masques et d'autres équipements de protection.

« Une visière fabriquée par des makers bénévoles ; des lunettes de protection rayon bricolage donnée par des magasins du coin ; deux masques ffp3 donnés par un garagiste ; il ne lui restait que ça ; deux ffp2 donnés par une patiente ; Masques en tissu donnés par ma boulangère qui les fabrique ; une boîte de dix masques ffp2 donnée par une entreprise à côté de chez moi. » (Sandrine, 45 ans, infirmière, visite à domicile)

Ces extraits montrent que les soignants ne bénéficient pas de ces chaînes de solidarité de façon passive et organisée, ce qui aurait été possible en aménageant des circuits de redistribution centralisés et régulés. Ils sont, au contraire très actifs, se confient à leurs proches, activent leurs réseaux, lancent des appels à contribution et aux dons, parfois de façon répétée, pour recueillir le matériel nécessaire à la continuation de leur activité. Cette situation est regrettable à au moins deux titres : 1) elle entraîne un surplus conséquent de travail qui pèse sur la fatigue (physique et nerveuse) des soignants, d'autant plus que ce travail de prospection se déroule hors des horaires professionnels des soignants, débordant donc sur leur temps privé (supposément dévolu à leur récupération) ; 2) elle réplique et renforce les inégalités territoriales (densité de la population, zone industrialisée ou non), sociales (fidélisation d'une patientèle, inscription dans la durée de l'activité, qualité et nombre des personnes ressources à contacter) et professionnelles (appartenance à une clinique, un centre hospitalier, un cabinet médical ou exercice libéral à son compte). Les disparités en termes de capital relationnel entraînent ainsi, par un défaut de centralisation et de redistribution équitable des dons, des disparités techniques, professionnelles et sanitaires.

L'exhumation des masques périmés et les nombreux dons d'équipement (particuliers et entreprises confondus) n'ont pas suffi à répondre aux besoins des soignants. Ces derniers ont donc été contraints d'agir non plus sur le levier de la prospection de nouveaux équipements mais sur celui de la conservation des masques déjà là. Nombreux sont les répondants ayant déclaré utiliser le même masque sur une journée entière ; quelques-uns ont même dû les remettre plusieurs jours durant. Ces entorses aux prescriptions officielles s'accompagnent de la diffusion de conseils pratiques, de modes d'emplois propres à recycler, « reconditionner » l'équipement pour l'utiliser de nouveau dans des délais plus ou moins courts.

Jouer sur les conditions de dépose, de séchage, de recyclage des masques

Le geste le plus couramment réalisé par les soignants disposant d'un unique masque par journée est relativement simple : il s'agit de déposer le matériel. Certains cherchent à le placer dans un sachet de protection idoine, hermétique pour le réutiliser une fois la pause déjeuner passée. D'autres prennent le risque de le laisser à l'air libre afin qu'il sèche et le protègent de leur mieux d'une éventuelle contamination en le déposant sur papier dans un environnement peu circulant. Ces solutions sont parfois spontanément prises mais il arrive également que la hiérarchie soit à l'origine d'une telle demande. C'est ce que confirme le témoignage de Julie, infirmière puéricultrice de 38 ans exerçant dans un centre hospitalier :

« Du fait de l'utilisation prolongée des masques, il nous a été demandé de trouver des solutions pour garder ce masque alors que nous avons des temps de pause (dans une barquette, une pochette, un sac plastique, un sac de congélation...). Ce qui fait que nous utilisons notre masque, nous l'enlevons de la manière la plus "propre" possible en ne le touchant qu'aux élastiques, et nous le conservons le temps d'aller manger dans un sachet...quelle hygiène ! D'autant plus qu'il nous a été demandé de n'utiliser qu'un seul sachet du service car ils coûtent chers et sont une denrée rare !!! Donc voilà, pas de bricolage chez nous mais des mesures parfois risibles par rapport à ce que l'on a connu auparavant. »

Christine, aide-soignante en EHPAD profite des « coupures » pour « laisser pendre [son] masque dans le vestiaire » et le « reprendre plus tard ». D'autres soignants quittent leur masque de façon plus récurrente : à chaque transition entre le temps de prise en charge d'un patient (se déroulant le plus souvent en chambre) et le temps de préparation et d'organisation des soins (effectué dans les espaces communs, les bureaux). Sylvie, infirmière de 40 ans en centre hospitalier, explique : « pour nos consultations au sein des urgences, nous portons un masque de type chirurgical pour nos entretiens et prise en charge psy et lors de toute interaction avec autrui. Nous posons le

masque sur papier, face externe, quand nous respectons la distanciation et gestes barrières pour le reste du temps ». S'attacher les services d'un masque bien au-delà du temps prescrit c'est inmanquablement introduire des fenêtres de détachement, de dépose du matériel.

Certains, plutôt que de prendre le risque de déposer et de remettre le même masque une à plusieurs fois dans la même journée, préfèrent établir un roulement de leur matériel. Ainsi, ils prennent avec eux plusieurs masques pour leur journée de travail, quittent le premier masque après quatre heures d'usage, le remettent et le laissent se décontaminer dans un endroit prévu à cet effet, puis s'emparent d'un deuxième masque et font de même (sic.). Quelques jours plus tard, et parce que leur pratique les soumet plus rapidement à l'altération de leur stock, ils réutilisent les masques ainsi remisés et par conséquent décontaminés. Pauline, sage-femme de 37 ans exerçant en cabinet médical, procède de la sorte : elle « recycle certains masques chirurgicaux peu portés [...] en les stockant proprement et en les réutilisant plusieurs jours plus tard ».

Ces solutions de dépôt n'ont — et les soignants le savent bien — rien de satisfaisant car si elles peuvent, sous certaines conditions, diminuer la charge virale et bactérienne du masque, elles ne l'annihilent pas de façon sûre et certaine. Elles agissent néanmoins contre l'un des principaux éléments adverses à l'efficacité prolongée du masque : l'humidité exhalée par la respiration de l'utilisateur et retenue par le masque. En effet, ces solutions permettent d'assécher le masque et d'ainsi rétablir une partie de son pouvoir filtrant. D'autres solutions prennent en charge ce problème : elle consistent à faire « sécher » le masque à l'air libre, au four ou en le plaçant sous le semelle brûlante d'un fer à repasser. Nadine, auxiliaire de vie de 62 ans, effectuant des visites à domicile, fait ainsi « sécher » ses masques en les faisant « [passer] au four à 60 degrés chaque jour ». D'après Véronique, infirmière de 48 ans en centre hospitalier, certaines « cliniques proches [demandent] au personnel de sécher les masques pour réutilisation » ce qui montre que ces solutions de fortune ne reposent pas seulement sur des initiatives individuelles mais qu'elles sont tolérées et même promues par des établissements de soin qui, face à la pénurie, se montrent moins inflexibles qu'à l'accoutumée sur le plan de la stricte application des mesures d'hygiène. Certaines sociétés d'ambulance ont également invité leurs employés, comme nous le rapporte Rachèle ambulancière de 34 ans, à « désinfecter » de « simples masques papier périmés [...] à l'Anios [nettoyant, désinfectant médical] à la fin de chaque journée pour le remettre le lendemain ». Ces solutions de fortune spontanément employées par les soignants peuvent surprendre (voire inquiéter), mais elles ne sont cependant pas dénuées d'intelligence et de perspicacité. D'ailleurs, les techniques utilisées spontanément par les soignants pour recycler leur matériel ne sont pas si étrangères à celles testées en ce moment même par le consortium interdisciplinaire piloté par Philippe Cinquin³ — associant des chercheurs du CNRS et du CEA — afin de tester différentes solutions de recyclage, d'en mesurer l'efficacité et d'en calculer le coût de production à grande échelle (voir Journal du CNRS⁴). Dans une forme dégradée et très artisanale, les pratiques des soignants font en effet écho aux expériences scientifiques actuellement conduites qui reposent notamment sur l'exposition du masque à la chaleur sèche (70 degrés) ou sur l'application de peroxyde d'hydrogène directement sur le masque (eau oxygénée). Ces deux techniques ne sont pas sans rappeler le four à 60° de Nadine et le bain d'Anios de Rachèle.

Bricolages, système D et rétro-ingénierie de fortune

Le système D domine donc et il prend généralement la forme de ce que nous appellerons une « rétro-ingénierie de fortune ». Les soignants déconstruisent le masque pour en révéler les principes et tentent d'y substituer de nouveaux équipements confectionnés de leur main. Le premier principe que retiennent les soignants est celui des deux couches du masque (extérieure et intérieure) qui filtrent les éléments contaminants tout en permettant à son porteur de bien respirer. Les « makers » bénévoles, les couturiers solidaires, les soignants qui s'improvisent eux-mêmes couturiers pour l'occasion vont donc associer deux couches de tissu et en sélectionner la matière appropriée. Ils vont, pour certains ajouter une gaze entre les deux couches de tissu pour en accroître la protection (triple épaisseur). Oriane, infirmière de 43 ans effectuant des visites à domicile, a ainsi « fait faire des masques en tissu, avec deux couches de tissu et une compresse au milieu », elle poursuit en affirmant que « c'est mieux que rien » et qu'elle « compte en acheter des plus « homologués » pour [sa] famille et [ses] patients ». Les créateurs de masques de protection tissu se réfèrent tous ou presque à un même modèle : le patron et le tutoriel diffusé par le CHU de Grenoble respectant les normes AFNOR. Ainsi, Dorothée infirmière de 41 ans effectuant des visites à

³ Professeur en santé publique et praticien hospitalier.

⁴ <https://lejournal.cnrs.fr/articles/masques-de-protection-la-piste-prometteuse-du-recyclage>

domicile, dit « [avoir] récupéré des masques en tissu modèle CHU Grenoble tout d'abord grâce à une couturière sur un site Facebook de solidarité pour les soignants » puis auprès d'un membre de la famille d'une « patiente qui en a fabriqué sur le modèle AFNOR ». Certains soignants vont même plus loin en devenant prescripteurs de ces mêmes masques tissus auprès de leurs patients. Ainsi, Clémentine, médecin généraliste de 36 ans, propose « au cabinet, à tous [ses patients] de fabriquer [leur] masque en tissu avec le patron en libre accès sur une table à l'entrée ».

Doubler, tripler l'épaisseur du masque peut également passer par la superposition des masques eux-mêmes. David, infirmier libéral de 34 ans, explique qu'au début, il portait un « masque en tissu qu'il doublait avec un masque chirurgical ». Il n'est pas le seul dans ce cas puisque Fanny, aide-soignante de 32 ans travaillant en EPHAD, place sur son visage, lorsqu'elle est au contact de patients atteints ou suspectés, un « masque en tissu et par-dessus [un masque] chirurgical, au cas où ». Si la superposition de deux masques reste quand même marginale, il en va autrement de la solution consistant à associer un masque chirurgical et une visière fournie ou bricolée par soi-même. Cette association est devenue le *gold standard* du soignant sous-équipé. Lou, aide-soignante de 32 ans, Gabrielle, manipulatrice radio de 39 ans et Clémence, infirmière de 45 ans, ont toutes fait ce choix. La première sous les conseils d'une infirmière de son service, la deuxième grâce à l'intervention du mari de sa collègue converti, le temps de la crise, en producteur amateur de visières, la troisième de sa propre initiative et avec les équipements obtenus en pharmacie. Toutes se reconnaîtraient dans la formule suivante : « Deux mauvaises protections valent mieux qu'une » !

La rétro-ingénierie de fortune conduit à créer, confectionner par soi-même des équipements de protection espérés efficaces en situation mais elle peut également se traduire par le déplacement d'équipements apparentés. Les masques de chantier (de tous types) deviennent des masques de protection sanitaire ; les lunettes de travaux se substituent aux lunettes médicales, les surblouses sont remplacées par des tabliers de cantine ou par des blouses blanches isolées après chaque usage. Toutes ces solutions émergentes sont adoptées, il est important de le rappeler, par des acteurs sous contrainte et qui ne se plieraient pas à ce genre de gymnastique hygiéniste s'ils n'y étaient obligés. Pour ludiques que puissent paraître ces menus bricolages, ils sont frappés du sceau de l'urgence et de l'impérieuse nécessité de soigner malgré tout. Nathalie, infirmière de 50 ans exerçant en clinique, exprime ce que lui évoque ce bricolage contraint :

« Je suis furieuse qu'on nous fasse travailler dans de telles conditions et qu'un pays développé comme le nôtre oblige les professionnels paramédicaux à risquer à ce point la contamination. Obligés de coudre nos masques pour protéger et se protéger, ainsi que nos familles, les infirmiers libéraux qui travaillent avec des sacs poubelle. C'est honteux. Notre salaire est déjà le plus bas d'Europe, mais si en plus, nous n'avons pas les moyens de travailler en sécurité, je me demande à quoi bon. »

Beaucoup de nos témoins font part de la pénibilité de telles conditions de travail qui ont des répercussions psychologiques importantes tant elles manquent à assurer le confort minimal attendu de tout employeur : donner les meilleures chances d'être protégé au cours de son activité. Les soignants éprouvent une grande fatigue nerveuse associée à l'exercice délicat du soin sans filet.

La fatigue associée à l'exercice délicat du soin sans filet

Sortir, par nécessité, des protocoles de soin établis n'est pas sans conséquence sur la façon dont les soignants exercent leur profession. On décèle, dans les témoignages consultés, deux facteurs de pénibilité relatifs à la période : le premier a trait à l'organisation de son temps de travail et des temps de pause qui le balisent, le deuxième à l'anxiété (parfois l'angoisse) ressentie au quotidien en présence de patients potentiellement contagieux et au chevet desquels on ne peut pleinement se protéger.

Beaucoup des répondants nous rapportent que le port prolongé du masque les contraint à diminuer le nombre des pauses prises au cours de leur journée de travail. Les soignants limitent le plus possible les situations les amenant à manipuler leur masque. Alexia, médecin urgentiste de 29 ans, explique qu'en « se rationnant à hauteur de deux masques par jour », il lui est « [interdit] de boire ou manger, sauf au changement de masque ». Non seulement la fréquence des pauses diminue, mais l'intensité des longues plages de travail masquées s'accroît tant les soignants doivent s'astreindre à ne pas faire d'erreur. Ils sont en permanence sur le fil. Stéphanie, médecin de 37

ans en centre hospitalier, se confie sur cette situation éprouvante : « tu es censé(e) avoir le droit à l'erreur, genre risquer de contaminer ton masque en le touchant et en prendre un autre, mais non, si erreur, plus de masque ». Le témoignage de Fabienne, infirmière libérale de 62 ans, s'inscrit dans la même veine : « se demander en permanence si j'ai bien appliqué ce qu'il faut pour protéger les patients et moi, vivre avec cette phobie de la transmission tout le temps... l'incertitude n'est pas facile ». Sabrina, infirmière libérale de 48 ans, renchérit : « toute notre journée de travail on pense SHA, nettoyage, ne pas toucher les poignées, ne pas trop s'approcher des patients ».

À cette pression liée à l'application scrupuleuse des bonnes pratiques, s'ajoute celle associée à la délivrance d'un bon diagnostic. Ces deux pressions sont nettement majorées par le sous-équipement des soignants qui n'ont plus droit à l'erreur, ne peuvent plus disposer d'un nouvel équipement si besoin et qui, s'ils se trompent dans leur diagnostic, courent un risque plus grand puisqu'ils seront, faute de moyens, faiblement équipés (masque tissu ou chirurgical) en présence de personnes non suspectées (asymptomatiques). C'est ce que précise Philippe, médecin généraliste de 53 ans : « En cas de patients à fort risque je mets un ffp2 et le reste du temps je mets un chirurgical. Si le patient a été mal orienté je suis donc en danger ». La pénurie de masques entraîne en cascade une nécessité d'en prolonger l'espérance de vie et donc une attention soutenue à leur manipulation mais elle fait également porter une lourde responsabilité sur les épaules de ceux qui sont chargés d'établir le diagnostic et qui peuvent, s'ils se trompent, entraîner une diminution de la protection de l'équipe des soignants en contact avec le patient et leur faire risquer une contamination.

Les personnels soignants sont certes préparés à être davantage exposés que les autres mais ils sont indignés de voir que l'État n'est pas en mesure de répondre à une demande de protection matérielle si élémentaire. Ils sont profondément affectés par cette situation qui les contraint à s'approvisionner par eux-mêmes, à exhumer des stocks périmés, à bricoler, à recycler... bref à se soucier de leur dotation matérielle alors même qu'ils devraient être tout à leur soin et tout à leurs patients. Valérie, infirmière de 55 ans, reconnaît qu'elle et ses collègues « [se sentent] tous en danger » et qu'il « est compliqué d'avoir à rassurer quelqu'un en étant soi-même en détresse ». Laurent, manipulateur radio de 30 ans en centre hospitalier, fait part de la lassitude de soignants qui se sentent négligés :

« Aujourd'hui ceux en première ligne sont nombreux à se demander s'ils continueront demain dans ce domaine, la reconnaissance financière est un point bien sûr, mais le bien être à réaliser un travail dans de bonnes conditions, avec du bon matériel, des collègues en effectif suffisant... Une réelle écoute et participation pour l'achat de nouveaux équipements ou la mise en place d'organisation de travail avec l'ensemble des acteurs plutôt que des choix faits par un petit nombre [...] aux dépens de ceux qui bossent sur le terrain, alors qu'importe le salaire (le minimum pour suivre l'inflation tous les ans quand même) les gens retrouveront un sens à leur mission »

Les solutions de fortune mises en œuvre par les soignants de façon à se protéger (et à prolonger l'espérance de vie de leurs équipements) ne sont pas perçues comme des compromis nécessaires, des efforts à assumer face à une situation exceptionnelle de gravité... mais bien plutôt comme une compromission, une concession de plus faite à des responsables publics qui n'ont, selon eux, pas pris la mesure de l'importance de maintenir notre système de santé à niveau en lui attribuant les moyens nécessaires (matériels et humains) à son bon fonctionnement, ce qui aurait à l'évidence permis de mieux absorber le choc de la crise sanitaire actuelle.

Cédric Calvignac, sociologue, CERTOP-CNRS