



LA CHRONIQUE DE
GILLES DOWEK

COVID-19: UNE SURVEILLANCE DES MALADES EFFICACE?

L'idée de suivre les malades du Covid-19 grâce à leur téléphone est probablement vouée à l'échec. Surtout si sa mise en œuvre se fait au prix de la restriction des libertés.



Une idée avancée pour contrôler la pandémie de Covid-19 est de surveiller chaque malade grâce à son téléphone portable.

Pour sortir la population mondiale du confinement, tout en limitant la propagation du virus SARS-CoV-2, responsable du Covid-19, une solution mise en place dans plusieurs pays consiste à interdire aux malades de se déplacer. Et, chacun ayant un téléphone dans sa poche, en contact permanent avec une borne d'un réseau téléphonique, il suffit de demander aux opérateurs de ces réseaux de signaler à la police et à la justice les malades qui contreviendraient à cette interdiction et les personnes qu'ils auraient croisées.

Bien entendu, utiliser un téléphone, qui n'a pas été conçu dans ce but, pour surveiller des malades est en contradiction avec certaines de nos valeurs, notamment le respect de la vie privée.

Cette question de la surveillance des malades nous apparaît donc comme un dilemme, qui oppose l'impératif de la préservation de la santé publique et celui de la préservation des libertés fondamentales. On peut même la voir comme un dilemme qui oppose deux conceptions de

l'interrogation éthique: le conséquentialisme, selon lequel nous devons évaluer nos actions en fonction de leurs conséquences uniquement – la fin justifiant, en quelque sorte, les moyens –, et l'éthique des vertus, selon laquelle nous devons les évaluer en fonction des valeurs qu'elles expriment – quelles que soient leurs conséquences.

Il y a une énorme différence entre «être surveillé» et «se surveiller»

En fait, même si nous nous en tenons à une éthique purement conséquentialiste, il n'est pas évident que la surveillance des malades soit une action bonne, c'est-à-dire efficace. Il est en effet facile, pour se soustraire à cette surveillance, de sortir en laissant son téléphone chez soi, d'avoir deux téléphones, de ne pas en avoir du tout, ou de simplement déclarer

ne pas en avoir. Bien entendu, une parade a déjà été trouvée: mettre un bracelet électronique à toutes les personnes malades qui déclarent ne pas avoir de téléphone. Mais y aura-t-il assez de bracelets électroniques pour tout le monde?

Comme cette épidémie n'est pas la première de l'histoire, nous avons déjà expérimenté des mesures coercitives et nous disposons d'évaluations empiriques qui montrent leur inefficacité. Par exemple, les pays qui criminalisent l'usage de drogues ont un taux de contamination des toxicomanes au VIH bien supérieur à ceux qui disposent de «salles de shoot» ou de dispositifs d'échange de seringues. De la même façon, le suivi à la trace du téléphone des malades du Covid-19 en éloignera certains des systèmes de soins.

Une alternative à la surveillance est d'inciter les malades à se surveiller eux-mêmes, par exemple en se déclarant malades grâce à une application sur leur téléphone, ce qui permettrait de connaître très précisément l'évolution de l'épidémie. Il y a en effet une énorme différence entre «être surveillé» et «se surveiller». Une politique de santé publique ainsi fondée sur la confiance, et non la coercition, semble être ce qui a permis à Taïwan d'avoir un taux de contamination au SARS-CoV-2 plus faible que beaucoup d'autres pays.

Alors que l'épidémie de Covid-19 a suscité un énorme élan de solidarité et de responsabilité, il serait dommage que nous ne comprenions pas l'efficacité des mesures sanitaires fondées sur ces valeurs et continuions à préférer restreindre, de manière temporaire, les libertés fondamentales.

Temporaire? C'est aussi ce qu'était le plan Vigipirate, déclenché en janvier 1991, pour faire face à une situation exceptionnelle, la première guerre du Golfe, et qui a pris fin en avril 1991. Avant d'être réactif, pour d'autres raisons, en 1995, puis indéfiniment prolongé, et finalement intégré dans le droit commun. ■

GILLES DOWEK est chercheur à l'Inria, enseignant à l'École normale supérieure de Paris-Saclay et membre du Comité national pilote d'éthique du numérique.

3 FORMULES AU CHOIX



PAG20STD



**OUI, je m'abonne
pour 1 an à** **POUR LA SCIENCE**

59€
Au lieu de

01A59E



79€

P1A79E



996

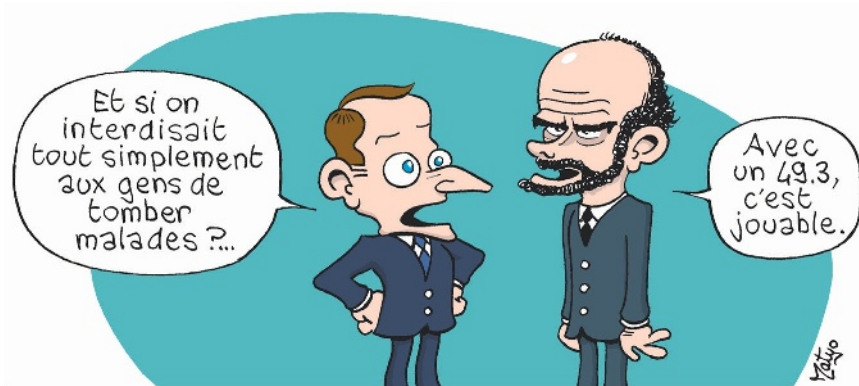
11A99E

Groupe Pour la Science - Siège social : 170 bis, boulevard du Montparnasse, CS20012, 75680 Paris CEDEX 14 - Sarl au capital de 32 000€ - RCS Paris B 311 797 393 - Siret : 311 797 393 000 23 - APE 58.14 Z

LA CHRONIQUE DE
VIRGINIE TOURNAY

DE LA MESURE EN TOUTE CRISE... SANITAIRE!

La Société royale de médecine, créée en 1778, inaugurerait
l'action de l'État en matière de santé publique.
Quelle leçon en tirer aujourd'hui?



La gestion de la santé des populations a-t-elle toujours été une affaire d'État? À l'heure du Covid-19, l'intervention publique sur les épidémies est un réflexe dans la plupart des pays. En France, le conseil scientifique mis en place le 11 mars par le ministre de la Santé, Olivier Véran, est emblématique de l'intégration des spécialistes des maladies infectieuses dans la gestion gouvernementale de la crise. Cette construction administrative, qui tire sa légitimité de la neutralité des expertises médicales, nous est familière. Pour autant, le domaine d'intervention de l'État, qualifié de «santé publique», dans lequel se déploient les savoirs épidémiologiques, a une histoire.

Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, c'étaient les œuvres de charité et de bienfaisance qui assumaient les préoccupations politiques liées au bien-être corporel. Placer la santé de la population sous la responsabilité de l'État n'était alors qu'une revendication portée par quelques médecins tels que l'Allemand Johann Peter Frank, qui a popularisé le concept de police médicale.

Il fallut attendre les premières descriptions médicales des épidémies, et surtout les tentatives de systématisation de ces observations, pour qu'une expertise médicale articulée à l'action publique débouche sur une administration. Ainsi est née en 1778 la Société royale de médecine, institution originale qui a disparu à la Révolution. Son ambition était de

La standardisation du recueil de données a renforcé la coordination verticale

conduire des «topographies médicales» visant à établir des liens entre le climat et la survenue des épidémies. Ce n'était pas nouveau. Les changements météorologiques étaient couramment répertoriés par des chroniqueurs afin de détecter les signes des grandes pestes.

L'innovation portait sur la manière de recueillir les données. Elle fera de cette société la première agence d'État dédiée à la santé. Marqué par un lien étroit entre des médecins locaux et des structures administratives déconcentrées, son pouvoir était directement lié à la géographie du royaume. Les topographies opéraient sur la base d'enquêtes systématiques s'appuyant sur un recueil uniformisé des données climatiques dans toutes les provinces. Un seul fabricant officiel était désigné pour livrer les thermomètres et les baromètres utilisables par les sociétaires. Le succès de l'opération découlait de la standardisation réussie de cette collecte, et en particulier de l'étalonnage de ces instruments. La fiabilité des mesures prises dans différentes localisations reposait sur un protocole de recueil très strict, effectué à la même heure. Les données compilées dans des tables formatées permettaient leur comparaison.

Si aucune corrélation véritable n'a été établie entre le climat et les épidémies, cette rigueur a abouti aux premières données épidémiologiques fiables mobilisables par les pouvoirs publics.

Quelles leçons retenir de cette histoire matérielle de la mesure? Tout d'abord, sa nature est politique. La standardisation du recueil de données a renforcé la coordination verticale, de la haute administration royale aux médecins locaux. Ensuite, les médecins sont devenus les porte-parole officiels de la gestion publique de l'épidémie. Enfin, au regard de la pandémie actuelle, on peut déduire que la comparabilité internationale des données de mortalité et la standardisation des logiques de dépistage à grande échelle renforceraient la légitimité des autorités sanitaires au niveau mondial.

«L'histoire est une galerie de tableaux où il y a peu d'originaux et beaucoup de copies», rappelait le philosophe Alexis de Tocqueville. Si bien qu'une capitalisation centralisée de données obtenues de la même manière fournirait des indicateurs fiables propices à une réactivité concertée. ■

VIRGINIE TOURNAY, biologiste de formation, est politologue et directrice de recherche du CNRS au Cevipof, à Sciences Po, à Paris.