

CORONAVIRUS : REGARDS SUR UNE CRISE

La série de contributions "Coronavirus : regards sur une crise" de Terra Nova s'efforce de mettre en partage des réflexions, témoignages et questionnements suscités par la pandémie de Covid-19 et ses multiples conséquences. Nous ouvrons à cette occasion nos pages à des partenaires d'horizons variés, témoins, acteurs, experts. Les idées qui y sont exposées ne reflètent donc pas toujours les positions collectives de Terra Nova.

CONVAINCRE TOUT LE MONDE PLUTÔT QUE CONTRAINDRE CERTAINS

UN CHOIX POLITIQUE TACITE QU'IL EST TEMPS DE QUESTIONNER

16 octobre 2020 | Par Mélanie Heard, enseignante-chercheuse au Centre de Recherches Interdisciplinaires, CRI et coordonnatrice du pôle santé de Terra Nova

La logique du confinement que nous avons connu entre mars et mai était frappante par sa nouveauté radicale en santé publique. Les restrictions de mouvement pesaient sur toute la population, de façon universelle. Tous les Français étaient également soumis à la contrainte - et également protégés par la mesure. L'inégale distribution du risque dans la population n'était pas prise en compte, alors qu'elle constitue par nature le référentiel de base de l'action en santé publique : inégale probabilité de rencontrer le virus (exposition), inégale probabilité, une fois infecté, d'en subir un dommage (morbidity) ou d'en mourir (mortalité). A rebours, l'égalité de traitement caractéristique, du confinement décidé en mars constitue un cadre de pensée et d'action inédit en santé publique, et particulièrement en matière de lutte contre les maladies contagieuses. On ne trouvera dans aucun manuel de santé publique, dans aucun plan de préparation aux pandémies, la notion d'une mesure générale de restriction de la liberté de circulation pesant sur un pays tout entier. A rebours, tout le savoir-faire de la lutte contre les maladies infectieuses repose sur le *ciblage* des populations ou des territoires en fonction de critères de risque.

La discrimination selon le risque est le référentiel fondamental du répertoire de mesures disponibles face aux maladies infectieuses : elles n'ont de sens qu'appliquées à une population cible – qu'il s'agisse des malades contagieux (qui représentent un risque de diffuser l'épidémie), ou bien des groupes dits « à risque » (qui présentent un risque d'être exposés au virus ou d'en subir un dommage). En effet, dans la mesure où les risques en santé sont dépendants de facteurs qui ne sont pas également répartis dans la population, les mesures de santé publique ciblent les sous-populations concernées par ces facteurs de risque, dans une double logique : d'efficacité – par concentration des moyens sur les besoins – et d'économie de contrainte sur les libertés. Le traitement égal de tous selon une logique d'universalisation du risque est donc suffisamment orthogonal avec le savoir-faire de la santé publique pour mériter d'être interrogé. Citons ainsi Michel Setbon, sociologue spécialiste du risque sanitaire et membre du Haut Conseil de la santé publique : « *La démarche de santé publique propose une réponse dont la cohérence est explicitement référée à une valeur : l'efficacité. Pour être la plus efficace possible, l'intervention suppose d'atteindre un segment particulier du public avec la plus grande précision possible, et de produire un changement capable de réduire le risque. Elle exige d'agir sur le risque là, et seulement là, où il est présent, avec une force et une permanence adaptées à la nature des facteurs de risque propres à la pathologie. La recherche de l'efficacité subordonne la fourniture de biens et de services à l'identification du public-cible, donc à une différenciation du public. On peut donc affirmer que les politiques publiques de santé, en visant une réduction efficace du risque, sont certes des politiques publiques redistributives, mais sélectives. L'efficacité exige une sélectivité qui ne s'accorde pas avec l'égalité* » [1].

Ainsi, en matière de restrictions de circulation pour lutter contre la diffusion d'une épidémie, le répertoire de mesures disponibles ignore la possibilité d'un confinement universel tel que nous l'avons connu, mais décline par contre tout un éventail de ciblage. Les mesures peuvent ainsi être ciblées sur des *territoires* de forte circulation de l'agent infectieux – on parle de cordon sanitaire ou de quarantaine géographique – ou bien sur des *populations*. Dans ce dernier cas, on distingue celles qui sont effectivement contagieuses, voire malades – on parle d'isolement –, celles qui sont particulièrement susceptibles de l'être parce qu'ayant été exposées – on parle de quarantaine –, avec des particularités pour celles qui ont de fortes chances d'être exposées du fait de leur travail – on parle de quarantaine de travail – ou du fait de leurs déplacements dans les zones à risque – on parle de quarantaine des voyageurs.

[1] M.Setbon, « Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 1996, 50(2), p.11-29 ; p.24

	Definition	Application	Benefits	Challenges
Medical Isolation	Segregation in a hospital or other health care setting of an infectious individual	Infected individuals who require medical care	Availability of medical services, supplies, and support Ease of monitoring	High-risk work environment Hospital setting can facilitate disease spread Limited capacity
Home Quarantine ("Shelter in Place")	Home-based segregation of exposed or potentially exposed persons for the period of communicability of the disease	Persons who (1) meet the criteria for confirmed or probable exposure, (2) do not require hospitalization, and (3) have a home environment in which basic needs can be met and protection of household members is feasible	Socially and politically acceptable Minimal utilization of community resources Most logistically feasible Easy to solicit cooperation	Availability of support services Requires mechanisms for monitoring and enforcement Need to minimize contact with household members
Institutional Quarantine	Segregation in an alternate facility, such as school, hotel, or dormitory, of exposed individuals or groups	Exposed individuals who do not have an appropriate home setting, such as travelers, homeless populations, or people whose residence is in a congregate institution, such as a prison or mental hospital	Ease of monitoring Takes advantage of existing infrastructure	Congregate setting can facilitate disease spread Limited capacity Resource intensive
Work Quarantine	Persons permitted to work but must observe rules of home or insti-	Persons for whom home or institutional quarantine is indicated but who provide	Reduces risk of disease transmission while minimizing social and eco-	Need for careful and consistent preshift monitoring at work site to prevent

TABLE 19. (continued)

	Definition	Application	Benefits	Challenges
	tutional quarantine while off duty. Monitoring for symptoms and social distancing while at work	essential services (e.g., health care workers)	conomic impact of disruption of essential services Clinical monitoring at work reduces the staff required for active monitoring at quarantine site	inadvertent exposures May require transportation to and from work site to minimize interactions Must maintain close cooperation and communication between work-site and local health authorities
Quarantine of Travelers	Isolation on an airplane or ship of passengers until the threat level has been established or the period of communicability has passed	Passengers who are suspected of being exposed or have symptoms of a quarantinable disease	Ease of monitoring Prevent introduction of disease into a new area	Availability of support services Resource intensive Disrupts travel industry
Geographic Quarantine ("Cordon Sanitaire")	Legally enforceable order that restricts movement into or out of the quarantined community or neighborhood. Designed to reduce likelihood of transmission to persons outside affected area	All members of a community in which extensive transmission is occurring and where restrictions placed on exposed individuals are insufficient to prevent further spread	Reduces need for urgent evaluation of large numbers of potential contacts to determine indications for activity restrictions Reduces or eliminates spread of disease outside the quarantined area	Difficult to gain public trust and acceptance Requires good communication mechanisms with affected population Requires cooperation with neighboring jurisdictions that may not be using a similar intervention Care must be taken to avoid unjust distribution of harms and benefits

Copyright © 2008, University of California Press. All rights reserved.

Key Evaluative Criteria: How onerous are the restrictions on movement? What are the levels of compulsion and intrusiveness of enforcement? How large a population is confined? What are the logistical, social, political, and economic impacts? How can health officials monitor the health status of quarantined populations and ensure that their basic needs are met? Are the benefits and burdens fairly distributed?

Gostin, Lawrence O. *Public Health Law : Power, Duty, Restraint*, University of California Press, 2008. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ensparis-ebooks/detail.action?docID=744159>. Created from ensparis-ebooks on 2020-03-04 07:41:18.

Source : L.O. Gostin, *Public Health Law, Power, Duty, Restraint*, University of California Press, 2000

Les mesures ciblées de lutte contre la contagion dont il sera question ici ne peuvent pas s'appréhender seulement selon un critère d'efficacité (ce n'est pas parce qu'elles marcheraient qu'il faudrait forcément les choisir), ni selon un critère de faisabilité (ce n'est pas parce que leur mise en œuvre serait potentiellement imparfaite qu'il faudrait a priori les rejeter). Ces deux ordres de considérations sont importants, mais aucun ne doit avoir le dernier mot. Le savoir-faire de la santé publique permet d'assumer qu'il y a là de réels dilemmes ou choix difficiles, et de doter la réflexion de critères plus essentiels de légitimité : le caractère équitable et le caractère proportionné des mesures, au regard des coûts qu'elles emportent en restreignant la liberté de circulation, et en le faisant de manière ciblée sur certaines populations ou certains territoires.

Il est possible de proposer des cadres communs d'analyse, de fixer des repères explicites et partagés pour articuler dans leur complexité les différentes dimensions de la décision de recourir ou non à ces mesures. Inversement, l'absence de tels cadres est délétère pour l'intelligibilité des dilemmes de la décision, brouille la frontière entre vraies controverses et vindictes à buzz, et, *in fine*, mine la confiance des populations dans la politique conduite.

LES CRITÈRES D'UN CIBLAGE ÉQUITABLE : LE SAVOIR-FAIRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le référentiel cognitif et normatif qui fonde ce répertoire de mesures bien codifié est très simple : on dit souvent qu'il s'agit de séparer les malades des non-malades, ou plus rigoureusement les contagieux (et potentiellement contagieux), des indemnes. Cantonner, circonscrire, protéger, le principe est bien celui d'une séparation. Mais attention : cela ne signifie pas en pratique construire partout des lazarets fermés ! La santé publique en tant que pratique repose sur un savoir-faire très élaboré du ciblage des populations concernées ; et la santé publique en tant que discipline académique repose sur une exploration élaborée des justes critères de ce ciblage. Par exemple, la délibération qui doit précéder la décision de recourir ou non à une mesure de quarantaine des contacts sera structurée (rappelant le triple-test de proportionnalité détaillé dans la jurisprudence générale du Conseil d'Etat) par trois critères principaux : un critère d'*efficacité* (la mesure a-t-elle des chances de contribuer au contrôle de l'épidémie ?) ; un critère de *proportionnalité* (les coûts de tous ordres que la mesure emporte sont-ils proportionnés à l'efficacité attendue ?) qui implique l'examen des alternatives moins restrictives ; et enfin un critère d'équité (les coûts et les bénéfices de la mesure seront-ils équitablement distribués ?).

Le critère d'équité est travaillé à partir d'une évaluation du risque dans le territoire ou la population qu'il s'agit de cibler. Une mesure n'est pas équitable si elle englobe des populations qui ne sont pas particulièrement à risque de diffuser le virus (*over-inclusiveness*), ou si elle exclut des populations qui sont particulièrement à risque (*under-inclusiveness*). La littérature sur la prévention du VIH a par exemple dénoncé comme *under-inclusive* des mesures qui cibleraient les travailleurs.euses du sexe sans se préoccuper de leurs clients.

A l'inverse, la décision en juillet 2007 de suspendre l'obligation de vaccination BCG a, quant à elle, invoqué l'over-inclusiveness pour, d'une part, remplacer l'obligation en population générale par une recommandation, et, de l'autre, la cibler sur les populations migrantes et les territoires où elles vivent[2]. Ces deux exemples illustrent que le savoir-faire de la santé publique réside dans le caractère juste et équitable du ciblage des mesures, pour protéger davantage ceux qui en ont le plus besoin, sans faire peser les coûts de la mesure au-delà du strict nécessaire. Cette approche de l'équité vaut aussi bien pour les mesures volontaires que pour les mesures contraignantes – avec toutefois dans ce dernier cas une exigence particulière sur la proportionnalité de la contrainte en regard de ses bénéfiques pour la population ciblée, impliquant l'examen attentif des options moins restrictives.

CIBLER LES ZONES DE FORTE CIRCULATION COVID : LA LOGIQUE DU CORDON SANITAIRE

La logique universaliste du confinement national a semblé laisser place à partir du 11 mai à une logique territorialisée plus conforme au savoir-faire du ciblage en santé publique. Suivant la doctrine établie par le rapport Castex du 6 mai 2020[3], la cartographie de l'épidémie, soulignant des disparités territoriales fortes, était au centre de la communication gouvernementale à la sortie du confinement. Dans son avis du 2 juin 2020 décrivant quatre scénarios possibles d'évolution de l'épidémie, le Conseil scientifique plaidait même pour une gouvernance « en partie territorialisée » de l'épidémie, adaptée au niveau de risque de chaque territoire. La logique universelle qui était celle du confinement national a donc progressivement laissé la place à une stratégie de réponse territorialisée, ciblée par zones selon leur niveau de risque. La vitesse de circulation du virus, objectivée par trois critères (l'incidence en population générale, l'incidence chez les plus de 65 ans, et la part de lits de réanimation occupés par des patients Covid) sert dorénavant à discriminer les territoires, pour cibler par des mesures renforcées ceux qui sont le plus à risque. Les particularités des métropoles sont notamment désormais en haut de l'agenda.

[2] Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG, JO 19/07/07 ; Circulaire DGS/R11/2007/318 du 14 août 2007 ; F.Bourdillon, J.-L. San Marco, *Rapport sur la levée de l'obligation vaccinale chez les enfants*, SFSP, 13/12/2006

[3] J.Castex, *Plan de préparation de la sortie du confinement*, 6/05/20 ; <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274289.pdf>

La logique de ciblage est donc certes bien présente : l'objectif est d'assurer aux territoires qui en ont le plus besoin des réponses proportionnées, sans faire peser de coûts indus sur les territoires moins vulnérables. Mais ce ciblage territorial ne s'accompagne pas d'une volonté de *séparer* les zones de circulation active du virus des zones plus protégées. A aucun moment le discours public ne porte la nécessité d'interdire, par un cordon sanitaire, la circulation hors des zones de transmission active du virus. Il était surprenant de constater, en amont du confinement, l'absence totale dans le débat public d'une hypothèse de cordon sanitaire autour des communes de l'Oise identifiées comme cluster. Le décès, dans cette zone, des deux premiers patients français, déclenche bien le 1er mars une réponse fondée sur la fermeture des écoles et le couvre-feu, assortis d'une recommandation aux habitants de limiter leurs déplacements non-nécessaires ; mais l'hypothèse d'une interdiction de sortie de la zone, qui se trouve fortement reliée à Paris par des déplacements quotidiens domicile-travail, n'est même pas évoquée dans le débat public. Ce silence perdure à la sortie du confinement ; la règle dite des 100 km laisse dans l'ombre la logique du cordon sanitaire : peu portée, levée dès le 2 juin, elle valait sur tout le territoire et n'était de toutes façons pas conçue pour cloisonner des zones spécifiques.

Dans son avis n°7 du 2 juin 2020, le Conseil scientifique évoque bien l'hypothèse d'un confinement localisé lorsqu'il décrit, parmi quatre scénarios possibles d'évolution de l'épidémie, un scénario de reprise dans des clusters critiques localisés. Le Conseil souligne explicitement que l'enjeu est de « limiter le nombre de cas exportés à partir du cluster critique identifié ». La mesure en réponse est un « confinement localisé (qui) devra consister principalement à limiter la circulation des individus résidant dans le territoire identifié, (à) renforcer de façon importante les mesures barrière dans ce territoire tout en maintenant une activité à l'exclusion de celle des lieux de convivialité ». S'ils ne sont donc peut-être pas absents, les enjeux d'une fermeture de la zone critique ne sont pas véritablement assumés par la formulation de la mesure. En outre, plus loin dans le même avis, détaillant le « plan de prévention et de protection renforcé (P2R) » qu'il préconise dans un scénario 3 de reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie (donc la situation actuelle, selon la note d'alerte du 22 septembre), le protocole proposé « Grandes métropoles » n'évoque pas l'enjeu de la circulation hors de ces zones de reprise épidémique[4]. Ce silence est notable. Le ciblage territorial des mesures de lutte contre les maladies infectieuses relève couramment d'une logique du cordon sanitaire : si l'on identifie une zone de plus forte circulation du virus, c'est pour y établir des mesures de contrôle ciblées ET pour procéder à un cloisonnement de la zone, afin de protéger les territoires contacts.

[4] Conseil scientifique. Avis n°7 du Conseil scientifique COVID-19 - 4 SCENARIOS POUR LA PERIODE POST-CONFINEMENT ANTICIPER POUR MIEUX PROTEGER. 2 juin 2020. Disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-depresse/article/covid-19-conseil-scientifique-covid-19>.

Ainsi en Allemagne dès le mois de juillet, en lien avec la gestion du cluster critique lié à un abattoir autour de Gütersloh et Warendorf en Rhénanie du Nord-Westphalie, les Länder et le pouvoir fédéral ont arrêté une stratégie de quarantaines géographiques permettant de fermer les zones de reprise de l'épidémie par des interdictions d'entrée et de sortie (*Ein- und Ausreisesperren*) [5]. Cette mesure a fait l'objet d'un débat largement repris dans les médias entre les présidents des Länder et le pouvoir fédéral, la chancelière Merkel s'étant déclarée favorable ; l'accord obtenu a permis au chef de la chancellerie Helge Braun de déclarer qu'en étant ciblées de manière « *rapide, étroite et précise* », ces fermetures territoriales devraient « *perdre un peu de leur caractère effrayant* ». Le débat se prolonge aujourd'hui, où une nouvelle réunion de la chancellerie et des Länder le 7 octobre statue sur le recours, dans chaque Land, à des restrictions d'hébergement (*Beherbungsverbote*) frappant les visiteurs originaires de zones de circulation active du virus [6]. Cette perspective est fortement controversée, notamment en raison des disparités de dispositifs entre Länder. Le point n'est pas tant ici de déterminer le bien-fondé de ces mesures, que de souligner leur large présence dans le débat public, avec le travail de réflexion et de pédagogie sur leur légitimité que cela implique, et cela à un stade de diffusion de l'épidémie qui est bien en-deçà de celui que nous connaissons aujourd'hui en France, puisque le seuil d'identification des « *hotspots* » potentiellement concernés par ces restrictions est fixé par l'Institut Robert Koch – l'autorité fédérale en charge des maladies infectieuses, à un taux d'incidence de 50/100 000 sur 7 jours, contre plus de 300/100 000 à Paris le 8 octobre.

La même logique s'applique désormais par exemple à Madrid. Au terme d'un conflit politique aigu entre le Gouvernement et les autorités de la capitale espagnole, le cloisonnement de quartiers madrilènes puis de la ville entière et des communes avoisinantes a été décidé : les mesures de restriction à l'intérieur de la zone (pas de réunion à plus de six personnes, fermeture des bars et restaurants à 22h, fermeture des parcs, restriction de fréquentation des cinémas, théâtres etc. à 50% de leur capacité) sont complétées par une interdiction de sortie de la zone, avec des dérogations pour certains motifs (travail, études) et des amendes minimales de 600€ en cas d'infraction. La non-ratification de ce dispositif par le Tribunal supérieur de justice de Madrid le 8 octobre a ravivé la controverse. Mais, si ce jugement invalidait clairement la base légale du dispositif, il n'invalidait pas sa légitimité pour lutter contre l'épidémie, ce qu'a confirmé dès le lendemain la décision du Gouvernement Sanchez de réitérer sa décision, sous le régime de l'état d'urgence cette fois.

[5] *Besprechung des Chefs des Bundeskanzleramtes mit den Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien am 16. Juli 2020* ; <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/besprechung-des-chefs-des-bundeskanzleramtes-mit-den-chefinnen-und-chefs-der-staats-und-senatskanzleien-am-16-juli-2020-1769380>.

La perspective de ces cordons sanitaires a été discutée dans la presse, voir par exemple :

<https://www.tagesspiegel.de/politik/nach-corona-ausbruch-in-guetersloh-was-fuer-und-was-gegen-lokale-ausreisesperren-spricht/26005734.html>

[6] Voir par exemple FAZ, "Beherbergungsverbot für Reisende aus Risikogebieten in etlichen Bundesländern" , 7/10/20 : <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/coronavirus-in-deutschland-beherbergungsverbot-fuer-reisende-aus-innerdeutschen-risikogebieten-16990858.html>

La question de la légitimité du ciblage s'apprécie en fonction de critères d'efficacité, de proportionnalité et d'équité. La restriction d'une liberté fondamentale ne peut pas l'emporter en fonction de sa seule efficacité pour contrer la diffusion du virus : elle doit en outre faire la preuve de son caractère proportionné (les mesures moins restrictives sont moins efficaces) et de son caractère équitable (les populations qui la subissent présentent effectivement un risque de contribuer à la diffusion du virus en dehors de la zone). Le tribunal administratif de Münster s'est ainsi prononcé à deux reprises sur les mesures adoptées autour du cluster de Gütersloh : une première fois pour les justifier en arguant que la circulation active des cas et de leurs contacts à l'intérieur du territoire avant le *lockdown* justifiaient une mesure étendue à l'ensemble du territoire, et non ciblées sur les seules chaînes de transmission ; une seconde fois pour statuer que la réduction significative de l'incidence dans la zone commandait de mettre fin au dispositif. Le raisonnement est bien, dans le premier jugement, qu'une mesure moins restrictive aurait été *under-inclusive*, et dans le second jugement, que le dispositif était devenu *over-inclusive*.

Dans ces exemples, on relève donc que le ciblage des mesures selon une appréciation territorialisée du niveau de risque s'accompagne d'une réflexion corollaire sur les mesures d'isolement du territoire concerné. Le ciblage territorial est simultanément une stratégie d'efficacité à l'intérieur du territoire ET une logique de protection des territoires contacts, par l'arrêt des circulations entre territoires. L'absence de normes relatives à la fermeture des territoires cibles à haut risque, comme c'est le cas en France, prive la stratégie de ciblage d'une partie de sa logique. Cette amputation rend-elle le dispositif de ciblage plus légitime ou plus facile à justifier ? Les procès en illégitimité des mesures ciblant la métropole d'Aix-Marseille début octobre pourraient laisser penser que non.

Pour autant, il est clair que la fermeture de zone pose une question spécifique du point de vue de l'équité : alors que la concentration ciblée de mesures de type couvre-feu etc. sur un territoire donné fait peser des restrictions sur les habitants mais doit aussi leur apporter des bénéfices, en revanche dès lors que la finalité du cordon sanitaire est de protéger les territoires contacts, les personnes qui supportent la restriction de liberté ne sont plus les mêmes que celles qui en tirent les bénéfices. Inversement, l'absence de clôture d'un territoire à risque bénéficie à ses habitants - qui voient leur liberté de sortir maintenue, - mais emporte un coût net pour les territoires voisins - la menace d'une reprise de l'épidémie. L'appréciation de la légitimité de la mesure s'en trouve substantiellement modifiée. La pédagogie, le débat public sur cet enjeu difficile sont cruciaux. Tenir pour acquis que la territorialisation de la réponse s'arrête aux portes du débat sur la légitimité des cordons sanitaires ne contribue pas à la maturité de l'opinion, donc à sa résilience face à l'épidémie.

CIBLER LES POPULATIONS À RISQUE DE DIFFUSER LE VIRUS

La quarantaine géographique du cordon sanitaire a son pendant dans les stratégies d'isolement et de quarantaine dirigées vers les populations identifiées comme étant contagieuses (les cas) ou probablement contagieuses (les contacts). La logique est la même : concentrer des moyens sur les personnes qui sont à risque de diffuser le virus en les séparant des indemnes. Le triptyque « Tester, Tracer, Isoler » signale que cette séparation des individus contagieux est la finalité que servent ultimement les stratégies de dépistage et de *contact-tracing*. Dépistage et *contact-tracing* sont les outils qui permettent de repérer les personnes contagieuses pour déclencher un dispositif de séparation efficacement ciblé.

Le concept de « *modern quarantine* » a été élaboré au cours des dernières décennies dans la littérature en santé publique pour désigner l'éventail des mesures qui relèvent de la quarantaine : de la logique de « *snow days* » ou de « *sheltering in place* » dans laquelle les personnes concernées s'auto-isolent volontairement à leur domicile, jusqu'à la quarantaine obligatoire, objet d'une injonction administrative, contrôlée et sanctionnée, se déroulant éventuellement dans des centres d'hébergement dédiés, en passant par le développement de mesures de soutien pour les personnes isolées – appels pour monitoring quotidien des symptômes, aide à la prévention de la contagion au sein du foyer, garantie de revenu, portage des repas, soutien psychologique, etc [7]. Les critères d'efficacité, de proportionnalité et d'équité sont mis en avant pour aider au choix d'un profil de quarantaine en fonction de la situation épidémique. La légitimité du recours à l'obligation fait l'objet d'un débat important dans la littérature académique en santé publique, avec des contributions théoriques sur les critères de légitimité, et des contributions plus pratiques tirées des enseignements des dispositifs de quarantaines mis en œuvre à Taiwan, Hong-Kong, au Canada et aux Etats-Unis au moment du SRAS-1 en 2003 notamment [8]. Les données disponibles, forcément *non context-free*, n'ont pas la qualité suffisante pour trancher la question de savoir si l'obligation présente une efficacité significativement supérieure au volontariat.

[7] M. Cetron, et al., « Isolation and Quarantine : containment Strategies for SARS 2003 », in: Institute of Medicine, *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak: Workshop Summary*, Washington (DC): National Academies Press (US), 2004 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92450/>

[8] M.A.Rothstein, « From SARS to Ebola: Legal and Ethical Considerations for Modern Quarantine », *Indiana health law review*, 12(1):227, 2015 ; DOI: 10.18060/18963

Des auteurs qui font référence, comme par exemple Lawrence Gostin^[9] (professeur de « public health law » à Johns Hopkins) ou Martin Cetron^[10] (head of the global health and quarantine division, CDC) préconisent une décision en deux temps : examen de l'efficacité d'une stratégie de volontariat (alternative la moins restrictive) puis choix de l'obligation commandé par l'application d'un principe de dommage (*harm-principle*) si la compliance est insuffisante.

En France face à l'épidémie de Covid-19, si l'isolement et la quarantaine sont décrits comme des « piliers » de la stratégie de lutte contre l'épidémie, le recours à l'obligation en la matière a reçu très peu d'attention depuis le début de la crise sanitaire. La règle est uniformément de s'en remettre à la bonne volonté individuelle. C'est la position fixée par Edouard Philippe dans son discours fin avril à l'Assemblée nationale sur la stratégie de déconfinement : « *L'isolement n'est pas une punition. Il n'est évidemment pas une sanction. L'isolement est une mesure de précaution collective, une mise à l'abri. L'isolement doit donc être expliqué, consenti et accompagné. Notre politique repose, à cet égard, sur la responsabilité individuelle et la conscience que chacun doit avoir de ses devoirs à l'égard des autres* »^[11]. La quarantaine des contacts et l'isolement des cas ne font donc pas l'objet de mesures d'obligation. Les personnes sont invitées à s'isoler, mais il n'y a ni contrainte, ni contrôle, ni accompagnement spécifique. Le domicile est la règle. L'accès à un arrêt maladie est organisé pour les personnes concernées, mais les autres outils que la littérature décrit comme des déterminants majeurs de compliance, le portage des repas et un accompagnement psychologique spécifique, ne sont pas proposés^[12]. Les documents d'information fournis aux personnes concernées par Santé publique France sont complexes et peu directifs^[13].

Or le dispositif est reconnu comme un échec. Le Conseil scientifique en a livré une critique sans concession dans son avis n°9 début septembre : Constatant « *que le non-respect des mesures d'isolement par une partie (...) possiblement importante des personnes atteintes par le virus ou contacts à risque, fragilise notre capacité à maîtriser les chaînes de transmission, constatant également une stratégie d'isolement sans cahier des charges ni budget à l'échelle nationale, des recommandations assez peu relayées auprès du public, le manque de données précises sur les conditions et le suivi de l'isolement* », le Conseil scientifique estime qu'il est impératif de refonder la stratégie.

[9] L.O.Gostin LO, B.E.Berkman, « Pandemic Influenza: Ethics, Law, and the Public's Health », *Administrative Law Review*, 2007,59(1): 121-175

[10] M.Cetron, J.Landwirth, « Public health and ethical considerations in planning for quarantine. », *The Yale Journal of Biology and Medicine* 78, numéro 5 (octobre 2005): 329-34.

[11] <https://www.vie-publique.fr/discours/274200-edouard-philippe-28042020-plan-de-deconfinement-covid>

[12] M.A.Rothstein et al., "Quarantine and isolation: lessons learned from SARS—a report to the Centers for Disease Control and Prevention", 2003. Available at: <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/11429>.

[13] <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>

Il invoque à l'appui de sa critique une enquête non publique réalisée par la Direction Générale de la Santé auprès du réseau des ARS ; selon l'avis du Conseil, cette enquête décrit « *une augmentation du refus de suivi sanitaire et du non-respect des mesures d'isolement et de quatorzaine par les cas et les personnes-contacts à risque* » et cite parmi les raisons rapportées « *la méconnaissance ou le refus du principe de l'isolement, en particulier chez les patients asymptomatiques, des pressions liées à l'emploi, le refus d'un dispositif contraignant, ou encore la crainte d'une ingérence des services de l'Etat dans la vie privée* ».

Si la recommandation du Conseil scientifique, dans ce même avis, de réduire à sept jours la durée d'isolement, a été immédiatement suivie par le Gouvernement, les options possibles pour renforcer l'efficacité du dispositif lui-même n'ont en revanche pas été discutées. Le Conseil scientifique évoquait pourtant dans son avis plusieurs scénarios possibles pour renforcer le respect de la quarantaine et de l'isolement. Le scénario privilégié était celui d'un effort accru de communication publique sur l'isolement, assorti de mesures d'accompagnement et de soutien économique, psychologique et social pour les personnes isolées. Il n'a pas été repris. Pas plus que le scénario plus coercitif que le Conseil scientifique déconseillait : une obligation d'isolement et de quarantaine, assortie de sanctions, sur le modèle du Royaume-Uni ou de l'Allemagne. Ce scénario était décrit par le Conseil scientifique comme potentiellement « contre-productif » car susceptible de détourner les personnes du dépistage.


L'existence, dûment mentionnée dans l'avis, de mesures d'isolement et de quarantaine obligatoires dans d'autres pays fragilise pourtant cette hypothèse de contre-productivité. En Allemagne, si la situation est certes variable selon les Länder, toute personne testée s'engage à s'isoler de façon stricte à son domicile dans l'attente des résultats, sous peine d'une amende élevée – 2000€ par exemple à Berlin. Au Royaume-Uni, après qu'une étude a révélé que seuls 18% des personnes symptomatiques s'isolaient effectivement^[14], l'isolement en cas de résultat positif, ou la quarantaine après exposition à un cas (sur notification du service NHS Test and Trace mais pas de l'appli), sont devenus obligatoires, l'infraction étant sanctionnée par des amendes allant de 1 000 à 10 000 livres en cas de récidive. La mesure est complétée par un dispositif de soutien financier en cas de perte de revenus du fait de l'isolement. Aucun de ces deux pays ne déplore pourtant un recours insuffisant au dépistage de la part de sa population.

[14] L.E.Smith et al., « Adherence to the test, trace and isolate system: results from a time series of 21 nationally representative surveys in the UK (the COVID-19 Rapid Survey of Adherence to Interventions and Responses [CORSAIR] study) | medRxiv », <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.15.20191957v1.article-info>.



Legal provisions

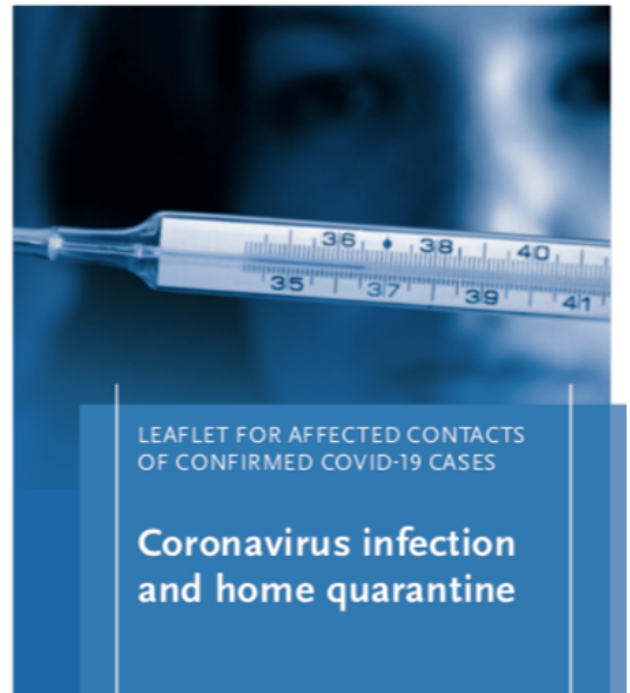
Section 30 of the Infection Protection Act (IfSG) forms the basis for prescribing quarantine.

Anyone employed who experiences a loss of earnings due to prescribed quarantine may have a right to financial compensation. The prescribing authority is the point of contact for this. 

Please note: Violation of a prescribed quarantine could result in a fine or imprisonment!

Non-German citizens should inform their embassy about their prescribed quarantine.

Stamp/Contact



En France, une obligation d'isolement a bien été brièvement envisagée pour les personnes « récalcitrantes » : la mesure, présente fin avril dans l'avant-projet de loi de prorogation de l'état d'urgence, a cependant été retirée du projet à la veille de sa discussion en Conseil des ministres le 2 mai 2020, sans d'ailleurs qu'on ait pu repérer de controverse naissante dans le public sur le sujet. L'avant-projet de loi prévoyait, par son article 2, de mettre en œuvre un isolement contraignant « lorsqu'une personne affectée crée, en cas de refus réitéré des prescriptions médicales d'isolement prophylactique, un risque grave de contaminer d'autres personnes ». Le texte débattu a finalement limité la possibilité d'isolement contraignant aux personnes entrant sur le territoire national en provenance d'une zone de circulation de l'infection (hors Schengen toutefois) et aux territoires d'outre-mer. Cet abandon de l'isolement contraignant pour les personnes qui refusent de s'y soumettre mérite attention. Une telle mesure coercitive, fondée sur le principe du dommage, se justifie classiquement par la nécessité d'éviter des comportements à risque pour autrui de la part de personnes contagieuses ; elle peut par exemple être activée, sur cette base argumentative et hors état d'urgence, en France et dans d'autres pays, pour des cas de tuberculose multi-résistante chez des individus rétifs à l'isolement^[15].

[15] X.Cabannes, J.Diebold, M.Dupont, « Les soins sous contrainte aujourd'hui : l'hôpital face à la tuberculose à bactéries multi-résistantes », *Journal de droit de la santé et de l'Assurance maladie*, n°1, 2013 ; H.Markel, L.Gostin, D.Fidler, « Extensively Drug-Resistant Tuberculosis An Isolation Order, Public Health Powers, and a Global Crisis », *JAMA*. 2007;298(1):83-86. doi:10.1001/jama.298.1.83

L'absence de recours à l'obligation en matière d'isolement et de quarantaine ne fait pas débat en France. La seule position publique argumentée est celle du Conseil scientifique, et elle n'a guère été visible dans le débat public. Elle critique l'obligation tout en mentionnant qu'une situation épidémiologique plus critique pourrait la justifier – mais sans fixer de seuil pour réexaminer la question. Pour récuser l'obligation, le Conseil retient l'hypothèse de son caractère contre-productif : « *Le caractère obligatoire de l'isolement des cas et des personnes-contact, s'il peut éventuellement se justifier en période de crise aiguë (à même de se présenter à nouveau, en particulier dans certaines régions) doit, dans la période actuelle de gestion d'un risque qui s'étale sur la durée, être bien pesé en matière d'efficacité. Dépistage/diagnostic précoce, traçage, et isolement sont étroitement liés et font partie d'une seule entité. Le Conseil scientifique ne recommande pas ce scénario aujourd'hui car, alors que le diagnostic précoce est essentiel, le risque est important en cas d'obligation d'isolement de réduire l'adhésion au dépistage et au diagnostic précoce qui a été construite avec un relatif succès ces dernières semaines et mois, en particulier auprès des jeunes. Si l'isolement devient obligatoire et qu'une série de mesures contraignantes encadrent cette obligation, le risque d'évitement du dépistage, du diagnostic précoce et de refus est majeur, le partage des informations sur les personnes-contact de la part des cas est en effet important. Ce scénario pourrait néanmoins être appliqué en cas de reprise aiguë de l'épidémie et/ou d'échec de la stratégie d'auto-isolement* ».

Le choix de cette stratégie argumentative pour désavouer le recours à l'obligation est notable. Le fait est qu'elle ne dispose pas d'une puissance de conviction majeure : il n'y a pas de données pour étayer cette éventuelle contre-productivité, et les pratiques des pays voisins, coercitives et sans impact sur le dépistage, pourraient l'infirmier. Si c'est cette stratégie argumentative, relativement faible, qui est choisie, c'est que les critères de décision classiques ne permettent pas de s'opposer à l'obligation. Au regard de l'efficacité, le Conseil scientifique a considéré, par une formulation générale dans sa note d'alerte du 22 septembre, que les mesures d'obligation possèdent des mérites potentiels pour favoriser la compliance : « en laissant moins de place à l'appréciation individuelle, qui a par ailleurs des effets socialement stratifiés, l' « obligation » peut avoir un caractère plus égalitaire, qui peut paraître plus juste et favoriser l'adhésion à ce titre ». Le critère de proportionnalité, qui implique de rechercher les options alternatives moins restrictives, conduit aussi ici à valider l'obligation, puisqu'il y a de bonnes raisons de considérer que le volontariat est inefficace – c'est même l'objet de l'avis numéro 9 du Conseil scientifique. On ne peut pas non plus invoquer l'argument de l'équité, puisque le critère du ciblage selon le risque d'être contagieux est juste.

Il ne reste donc que l'argument de la contre-productivité supposée pour s'opposer à l'obligation ; comme l'avait si bien détaillé Albert Hirschman, l'argument de la contre-productivité est le meilleur retranchement quand le procès en illégitimité s'avère intenable[16].

Le raisonnement prêté aux citoyens dans cet argument mérite attention. On ne fait cette hypothèse de contre-productivité que si l'on pense probable qu'ils se disent, dans leur grande majorité, que les bénéfiques du dépistage – savoir si je suis infecté et contagieux ou non, pouvoir protéger mes proches et contribuer à limiter la propagation de l'épidémie – ne l'emportent pas à leurs yeux sur le prix à payer en cas de test positif – être contraint de s'isoler. C'est parce qu'on prête un tel raisonnement radicalement individualiste aux citoyens qu'on retient l'hypothèse de la contre-productivité pour récuser l'obligation. Le paradoxe est qu'on en vient ainsi *in fine* à justifier une stratégie du volontariat reposant sur la responsabilité individuelle, alors même que justement on ne donnait strictement aucun crédit à cette vertu au point de départ du raisonnement !

Il faut aussi souligner que le recours à l'argument de la contre-productivité a été largement mobilisé dans le choix des mesures de lutte contre le VIH/sida au tournant des années 2000, sans que cette hypothèse soit jamais confirmée par une baisse du recours au dépistage. Par exemple, la mise en place de la déclaration obligatoire de séropositivité, mise en chantier en 1998 et actée en 2003, avec donc un retard coûteux pour l'efficacité de la surveillance de l'épidémie, après cinq ans de débats mobilisant massivement l'argument de sa contre-productivité sur le dépistage, ne s'est finalement pas traduite par une baisse du recours au dépistage VIH[17].

LEÇONS DU SIDA : LE REFUS DU CIBLAGE

La comparaison avec la réponse au VIH mérite d'être approfondie.

La réponse à l'épidémie de Covid reste aux marges du référentiel cognitif et normatif fondamental de la santé publique : les efforts sont bien ciblés sur certains territoires ou certaines populations, avec des mesures spécifiques, mais la logique n'est pas poussée jusqu'à son terme puisque la question de la séparation, du cloisonnement du risque au travers de mesures obligatoires ciblant les territoires ou les populations plus concernées par la contagion n'est pas traitée.

[16] Albert Hirschman, dans son analyse de la rhétorique de l'effet pervers contre-productif à travers les débats politiques, a décrit de façon suggestive la séduction qu'exerce le caractère à la fois paradoxal et radical de cet argument sur les acteurs publics : « *L'argument doit à son petit air de paradoxe et à sa subtilité primaire la capacité d'emporter la conviction des amateurs de découvertes instantanées et de certitudes absolues* », A.O.Hirschman, *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Fayard, 1991, p.65

[17] Institut de veille sanitaire. "Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996- 2005", Mars 2007.

Or ce refus du ciblage et le choix d'un traitement universaliste du risque sont des traits qui rappellent la réponse à l'épidémie de VIH/sida en France. Le choix, en effet, d'appréhender cette épidémie comme une épidémie hétérosexuelle motivant des campagnes de prévention en population générale n'est pas allé de soi. A la fin des années 1980 et surtout dans les années 1990, ce choix a fait l'objet d'un débat stratégique. La comparaison proposée ici sera très loin d'être parfaite, puisque dans le cas du sida un ciblage sur les groupes à risque ne peut concerner que les messages et les outils de prévention, en aucun cas des mesures obligatoires de quarantaine qui n'auraient évidemment eu aucun sens compte tenu des modes de transmission du VIH. Mais il reste que le cadre cognitif est commun : privilégier une réponse égale pour tous sans identifier les populations qui diffusent le plus le virus comme des cibles particulières.

Dans le débat sur le ciblage des messages de prévention VIH, les valeurs d'efficacité et d'égalité sont apparues comme étant en concurrence. Les travaux publiés en sociologie et en science politique ont largement souligné que la revendication d'un traitement égal pour tous, et non discriminant à l'égard des populations à risque, était de fait omniprésente, avec des conséquences immédiates sur les choix des stratégies de prévention. Monika Steffen dans son travail comparatif sur les politiques de lutte contre le sida en Europe soutenu par l'ANRS, l'a ainsi clairement souligné : « *Logiquement, la situation épidémiologique aurait dû conduire à concentrer les efforts de prévention sur des actions soigneusement ciblées en fonction des populations et des territoires les plus atteints. Or les choix politiques ont été exactement l'inverse, privilégiant les campagnes générales visant toute une population sexuellement active. La crainte d'une stigmatisation sociale confondue avec le souci de sensibiliser la population a conduit les pouvoirs publics à s'adresser à tous* »[18]. Le concept de groupe à risque, insiste Monika Steffen, bel et bien central dans le savoir-faire de la santé publique, n'a pas reçu la place qu'il aurait dû occuper : « *La perspective universaliste [prive] la santé publique d'un de ses principaux outils intellectuels, le concept de groupes à risque, retardant ainsi la mise en œuvre de stratégies préventives orientées vers les risques concrets et les populations effectivement concernées. Les politiques fondées sur des populations particulières faisaient pourtant partie du répertoire des politiques médicosociales françaises, conduites avec succès chez les personnes âgées, les handicapés ou les enfants en difficulté, en collaboration avec l'administration, les corps professionnels, les représentants des bénéficiaires et les relais dans le système politique. Dans le domaine du sida, le réseau des initiateurs était plus étroit et homogène, restreint aux défenseurs d'une « déshomosexualisation » du sida qui puisaient leurs références dans le registre des valeurs républicaines, à la faveur d'une conjoncture politique marquée par la lutte contre l'extrême droite* »[19].

[18] M.Steffen, *Les Etats face au sida en Europe*, PUG, 2001, p.66

[19] M.Steffen, *op.cit.*, p.75-6

En effet, le choix d'un discours universaliste gommant la notion de groupes à risque s'est fait, dans le cas du sida, sous la contrainte d'un risque majeur de stigmatisation des populations à risque, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et usagers de drogues par voie intraveineuse. C'est le sens de la position exprimée par exemple par Jean-Paul Moatti : « *Le problème est que, d'un côté, si on souhaite maximiser les effets de l'activité préventive, on a intérêt à cibler les populations les plus concernées par le problème. L'efficacité de l'action est alors maximisée. Par exemple, il semble inutile de promouvoir le préservatif comme prévention du VIH à des monopartenaires parfaitement fidèles. Si on souhaite maximiser l'efficacité de la prévention, il faut donc cibler les populations les plus concernées. Mais, si on fait cela, on maximisera le risque de discrimination et de stigmatisation. Si on veut éviter ce risque politico-social, il est préférable de s'adresser de façon indifférenciée à l'ensemble de la population, mais au risque alors de perdre en efficacité préventive* »[20]. Cette position oppose donc d'une manière notablement tranchée les considérations sociopolitiques d'une part, et l'efficacité de santé publique d'autre part.

Il faut souligner à ce stade que l'absence de ciblage en direction des groupes à risque n'était pas une demande des associations qui les représentaient, «paradoxe» notamment analysé Sébastien Roché[21] et par Geneviève Paicheler ; dans son analyse des politiques de communication face au sida en France, elle a détaillé la façon dont associations et pouvoirs publics se sont affrontés sur cet enjeu, la position des associations de lutte contre le sida étant que, quelles qu'en soient les conséquences stigmatisantes, le ciblage présenterait une efficacité supérieure à l'indifférenciation pour faire changer les comportements et protéger les groupes à risque[22].

[20] J.P.Moatti, « Prévention du VIH : intérêts et limites de l'exceptionnalisme », La fabrique de la prévention, Colloque Mire-Drees, 23/10/2002

[21] S.Roché, « Le risque de la discrimination. Les paradoxes de dix ans de politiques de lutte contre le sida en France », *Esprit*, 1993, 6, 46-65 : p.50 : « On peut soutenir que le refus de la politisation et de la discrimination conduit logiquement à accentuer l'intensité du danger en faisant du sida une maladie qui peut toucher chacun de nous. On voit comment cela revient à faire l'impasse sur la notion de groupe à risque pour parler d'épidémie hétérosexuelle. Si l'intention peut être jugée louable, on ne peut s'empêcher de soulever une série de questions. N'y a-t-il pas génération d'effets pervers, au sens où la volonté anti-discriminatoire appuyée sur la notion d'individus responsables relègue au second plan les problèmes des groupes à risque ? »

[22] voir G.Paicheler, "Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)", CNRS Editions, 2002,p.95 et p.135 ; dans le cas de AIDES, le point est plus nuancé, voir P.Adam, "Expérience intime et action collective. Sexualité, maladie et lutte contre le sida", Thèse pour l'obtention du doctorat en sociologie, EHESS, 1997.Geneviève Paicheler cite un responsable anonyme à l'AFLS : « C'était par exemple de mettre des homosexuels en scène, en grand écran, mettre des Africains sur l'écran de télévision. C'était vraiment un sujet de bataille insensé et on avait beau leur dire : « vous allez les désigner, il va y avoir des réactions de rejet, on va redynamiser les voix autour du Front national », à chaque fois ils nous disaient : « si vous montriez la réalité, ça ferait changer les gens » », G.Paicheler, op.cit., p.135

La position des associations se défend d'autant plus que, a posteriori, l'analyse comparative dressée en 2002 par l'inspecteur général des affaires sociales Christian Rollet pour le Commissariat au Plan montrera que « *les pays ayant davantage ciblé leur politique que la France n'ont pas connu de phénomènes d'intolérance plus forts* »[23].

Il est clair que le refus de désigner des populations comme spécifiquement concernées par la diffusion du VIH a pu être dicté par des considérations qui ne s'appliquent absolument pas à la situation du Covid-19 : crainte de la stigmatisation de populations déjà trop vulnérables à ce risque, crainte aussi de la réaction de la part la plus conservatrice de l'opinion, hostile à la visibilisation de ces communautés[24].

Mais d'autres modes de raisonnement ont joué un rôle dans la décision d'universaliser le risque VIH qui peuvent, eux, se retrouver face au Covid. Ce sont les raisonnements qui reposent sur l'hypothèse de la contre-productivité du ciblage. Le premier mécanisme supposé de contre-productivité supposée relève de l'aléa moral (*moral hazard*) : favoriser l'association entre sida et groupes à risque était défini comme porteur d'un risque que les personnes qui n'appartiennent pas à ces groupes se sentent illusoirement en sécurité. D'autre part, le ciblage était appréhendé comme porteur d'un risque que les groupes concernés, se sentant stigmatisés comme dangereux, conçoivent en retour une défiance à l'égard des autorités. Enfin, le fait de se sentir stigmatisé était considéré comme susceptible d'entraver, chez les personnes à risque, l'estime de soi et l'adoption de comportements responsables à l'égard de soi-même et de la collectivité[25].

La crainte, chez les acteurs publics, de ces trois mécanismes de contre-productivité a été omniprésente dans la fabrique de la réponse française au VIH. Elle a contribué à l'émergence de ce que la littérature a appelé l'«exceptionnalisme» du sida, un paradigme d'action en santé publique inédit en ce qu'il a systématiquement privilégié l'appel à la responsabilité individuelle et *l'empowerment* en population générale, et donc récusé comme étant contre-productifs les outils de ciblage et de contrainte en direction des groupes à risque constitutifs du répertoire traditionnel de la lutte contre les maladies infectieuses.

[23] C.Rollet, *La politique de lutte contre le sida, 1994-2000*, Conseil national de l'évaluation, Commissariat général au Plan, 2002 ; p.353

[24] G.Paicheler, *op.cit.*, p.43, soulignant l'impact de l'opposition de l'évêque de Rennes à une campagne pilote d'information sur le préservatif en direction des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en 1986.

[25] « Lowered self-esteem may negate motivators for self-protection (i.e., the consistent practice of safer sex), lead to multiple sexual encounters in an attempt to seek self-validation, or result in the use of alcohol or drugs—substances that impair judgment and may interfere with a person's ability to negotiate and practice safer sex—to enable sexual encounters », R.O.Valdiserri, *op.cit.*

Daniel Defert a commenté de façon suggestive ce paradigme nouveau en santé publique : « *Mettant au centre la défense de la vie privée et le libre consentement, le nouveau paradigme s'appuie sur la coopération des personnes atteintes ou vulnérables, sur leur éducation par le 'marketing social', et ainsi on trouve au cœur de la réponse de nos sociétés à cette épidémie un conflit entre le vieux paradigme de contrôle et de contrainte sur l'individu, qui privilégie la défense de la société, et le paradigme nouveau qui repose sur un respect de l'individu, une défense du libéralisme et des droits de l'homme, en gros les valeurs de l'Occident d'aujourd'hui* »[26].

Il est révélateur que l'unique mention d'un scénario d'obligation de quarantaine dans le débat public sur le Covid soit réglée par le conseil scientifique en deux paragraphes, sans note ni référence, par l'argument de la contre-productivité. Comme cela a déjà été souligné par plusieurs auteurs[27], qu'il s'agisse des chefs des services hospitaliers de maladies infectieuses, des hauts-fonctionnaires en poste à la DGS et à SPF, ou du conseil scientifique, la carrière d'un bon nombre des figures marquantes de la lutte contre le Covid aura été consacrée, ou au moins marquée, par la lutte contre le sida ces dernières décennies. On peut faire l'hypothèse que c'est le poids du paradigme hérité du sida qui détermine aujourd'hui des positions de principe tacitement admises face au Covid : l'axiome selon lequel il est préférable de convaincre que de contraindre[28], l'appel à la responsabilité individuelle de chacun, la réticence à cibler les populations qui diffusent le plus le virus, la conviction que l'obligation nourrit la défiance des populations et s'avère contre-productive. Le point n'est pas ici de statuer sur l'efficacité comparée des options, mais de souligner qu'il s'agit là de principes généraux valant a priori, sans débat public articulé, sans fondements empiriques démontrés (*evidence-based*) identifiables, et sans considération pour le fait que des stratégies plus contraignantes sont de fait conduites chez nos voisins immédiats, qu'on ne peut tout de même pas taxer de préférer, eux, contraindre que convaincre.

[26] D.Defert, « La modélisation de l'épidémie », in M. Vicineau (dir.), *Le sida, stimulateur des discriminations. Actes du colloque « Le droit, un défi au sida »*, 8-9 décembre 1994, ULB, Bruxelles : Bruylant, 2002

[27] <https://seronet.info/article/covid-19-quelques-lecons-du-vih-87181> : « Ces comparaisons (VIH/Covid) trouvent d'autant plus d'écho que certains des acteurs-rices de premier plan de la lutte contre le coronavirus sont directement issus du monde du VIH. Citons notamment Jean-François Delfraissy, Yazdan Yazdanpanah et Laetitia Atlani-Duault (au sein du « comité scientifique »), ou encore Françoise Barré-Sinoussi (présidente du «Comité analyse recherche expertise»), sans oublier les responsables et les personnels des services de maladies infectieuses des hôpitaux, en première ligne dans la prise en charge des patients-es (par exemple Gilles Pialoux, Eric Caumes ou Karine Lacombe) ».

[28] voir par exemple les positions citées dans Le Monde du 12/09/20 : « *Le Gouvernement ne croit pas au tout répressif* », https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/09/12/coronavirus-face-a-la-degradation-manifeste-l-executif-en-appelle-au-sens-des-responsabilites_6051894_823448.html#xtor=AL-32280270