

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

UNE REVUE DES PRINCIPES ET ORIENTATIONS ÉTHIQUES CONTENUS DANS DIVERS PLANS DE PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE

RAPPORT | SEPTEMBRE 2010



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

UNE REVUE DES PRINCIPES ET ORIENTATIONS ÉTHIQUES CONTENUS DANS DIVERS PLANS DE PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE

RAPPORT | SEPTEMBRE 2010



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEUR

Christopher W. McDougall
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Madalina Burtan
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca and at www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-62561-2 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-62562-9 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-62559-9 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-62560-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
REVUE DES PRINCIPES ET APPROCHES ÉTHIQUES DANS LES PLANS DE LUTTE CONTRE LES PANDÉMIES.....	3
1 CANADA.....	3
1.1 Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2006).....	3
1.2 Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission Santé (Québec, 2006).....	6
1.3 Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (Ontario, 2008)	7
1.4 <i>Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan: Ethical Considerations and Decision-Making Framework</i> (Nouvelle-Écosse, 2007)	9
1.5 <i>First Nations Public Health: A Framework for Improving the Health of Our People and Our Communities</i> (Assembly of First Nations, 2007).....	10
2 INTERNATIONAL	13
2.1 Les considérations éthiques dans l'élaboration des mesures de santé publique face à une pandémie de grippe (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2009).....	13
2.2 <i>Getting Through Together: Ethical values for a pandemic</i> (Nouvelle-Zélande, 2007)	14
2.3 <i>Responding to pandemic influenza: The ethical framework for policy and planning</i> (Royaume-Uni, 2007)	18
2.4 <i>Ethical Guidelines in Pandemic Influenza</i> (US Centers for Disease Control and Prevention, 2007)	21
2.5 Sélection de plans des États-Unis	24
2.5.1 <i>California Department of Health Services (CDHS) Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan</i> (Californie, 2006)	25
2.5.2 <i>New Mexico Pandemic Influenza Operational Plan</i> (Nouveau-Mexique, 2008).....	25
2.5.3 <i>Minnesota Department of Health (MDH) Pandemic Influenza Plan</i> (Minnesota, 2006).....	26
2.6 Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » (France, 2009)	28
2.7 <i>Australian Health Management Plan for Pandemic Influenza (AHMPPI)</i> (Australie, 2008)	28
2.8 Plan suisse de pandémie influenza (Suisse, 2009).....	30
RÉFÉRENCES.....	33

INTRODUCTION

Ce document passe en revue les objectifs, les principes et les recommandations d'ordre éthique explicitement mis de l'avant dans divers plans et politiques nationaux, infranationaux et internationaux de préparation à une pandémie. Il offre une comparaison préliminaire et concise de plusieurs cadres éthiques et vise à susciter un examen de la pertinence et de l'utilité de tels outils pour la délibération et la justification dans le contexte d'une véritable crise de santé publique. Il ne prétend pas être complet et ne reflète que l'information et les ressources disponibles lors de son élaboration. Cette revue pourrait s'avérer utile pour le secteur de la santé et pour d'autres secteurs alors qu'ils entreprennent une réflexion sur leurs propres expériences. Elle pourrait aussi être utile pour d'autres professionnels qui évaluent si, comment et pourquoi les cadres éthiques actuels contribuent à la délibération et à la prise de décision en santé publique, en temps normal et en période de crise. Elle pourrait aussi servir de base pour des discussions ultérieures et plus approfondies sur la variété de dilemmes moraux susceptibles de surgir au cours d'une autre pandémie ou d'une autre crise de santé publique.

Une bonne partie des informations présentées dans ce document provient de documents officiels. Tous les titres et sous-titres sont des hyperliens vers les plans cités. Cette fonctionnalité est utile si vous consultez ce document dans sa version PDF. Sinon, veuillez noter que ces liens se retrouvent dans la bibliographie à la fin du document.

L'éthique en santé publique

L'éthique en santé publique (ÉSP) est un champ d'études relativement nouveau qui encourage un dialogue interdisciplinaire sur les enjeux moraux théoriques et pratiques en santé publique et en médecine préventive. Ce champ s'est développé au cours des 15 dernières années en réponse à certaines insatisfactions face aux orientations traditionnelles de l'éthique biomédicale. L'ÉSP implique l'utilisation explicite de concepts issus de la philosophie morale et politique pour discuter et évaluer les interventions collectives visant à protéger et promouvoir la santé des groupes et des populations plutôt que celle des individus.

L'ÉSP fait actuellement l'objet d'un regain d'intérêt, dû en grande partie aux défis posés par les récentes épidémies de maladies infectieuses. Au cours des dernières décennies et peut-être plus particulièrement après l'épidémie de SRAS et dans l'anticipation d'une autre pandémie sévère d'influenza, les professionnels, les universitaires et les décideurs ont dû faire face aux dimensions morales de la protection et de la promotion de la santé des populations. Les objectifs généraux de la santé publique se distinguent clairement de ceux de la médecine clinique, notamment en raison de leur visée préventive et collective, celle-ci étant susceptible d'entraîner le recours à une intervention active des gouvernements impliquant parfois des restrictions ou des fardeaux majeurs sur les droits des individus et des groupes. L'ÉSP est donc davantage orientée vers la communauté que l'éthique médicale et elle touche le quotidien des citoyens, par exemple, lorsque leurs choix de comportements exposent les autres aux risques d'infection ou lorsqu'ils optent, pour eux ou leurs enfants, de se faire vacciner.

Lorsqu'une maladie infectieuse affecte un nombre inhabituellement élevé de gens ou se répand mondialement dans des populations peu immunisées (comme ce fut le cas avec la récente pandémie d'influenza AH1N1 de 2009), les impératifs spécifiques de la santé publique exigent que des décisions très difficiles soient prises. Il est aussi fort probable que ces décisions doivent être prises alors que de nombreuses personnes tombent malades, que certaines meurent, dans un contexte d'incertitude significatif, de panique, de contrainte de temps, de forte demande et d'insuffisance généralisée. Les restrictions liées au commerce et aux déplacements, la mise en quarantaine, les fermetures d'écoles, l'interdiction de rassemblements publics, la gestion de personnel, les garanties de sécurité au travail, l'essai de nouveaux vaccins (particulièrement auprès des personnes vulnérables), la fiabilité des diverses méthodes de diagnostic, l'émergence de souches résistantes aux médicaments et l'allocation de ressources médicales et matérielles déjà limitées ne sont que quelques-uns des problèmes pressants auxquels toutes les sociétés doivent faire face durant une pandémie d'influenza.

Bien que les principes et les cadres éthiques visant à soutenir les processus décisionnels ne puissent apporter de réponses définitives à ces dilemmes, ni aux conflits de valeurs qui surgissent en période de crise, ils peuvent néanmoins aider les individus ainsi que les décideurs à prendre de bonnes décisions en périodes difficiles. Les théories et les concepts moraux suscitent l'attention et les débats quant aux multiples finalités, objectifs et moyens pouvant être adoptés dans la préparation et la réponse à des urgences de santé publique. Les différentes approches et stratégies pour équilibrer les droits et les obligations lors d'une situation d'urgence démontrent le besoin d'être explicite, transparent et responsable lorsqu'il faut justifier des compromis difficiles et des choix dommageables pour certains. Enfin, les valeurs communes offrent une base à partir de laquelle évaluer les diverses alternatives et servent de plateforme pour favoriser la coopération et la coordination nécessaires dans diverses situations, afin que les communautés puissent faire face aux pandémies d'aujourd'hui et de demain.

Le contenu des cadres éthiques recensés ici se chevauche de manière significative au niveau des engagements et des principes éthiques fondamentaux et, plus encore, au niveau des objectifs stratégiques et opérationnels. En outre, ils offrent en général assez peu d'indications spécifiques permettant de remplir certaines exigences comme l'accès équitable aux vaccins et antiviraux ou l'équilibre entre les besoins et les avantages dans la priorisation des groupes ou des individus face à des ressources préventives ou thérapeutiques limitées. Bref, la mise en application des engagements et des principes mis de l'avant dans les cadres éthiques requiert un soutien pratique plus fort. Ces cadres ne sont pas des algorithmes qui permettent l'adoption d'approches ou de décisions spécifiques, mais plutôt des outils décisionnels qu'il faut ajuster, aussi bien pour refléter les caractéristiques biologiques de toute pandémie actuelle ou potentielle, que les circonstances sociales spécifiques dans lesquelles ils sont utilisés comme élément d'une action coordonnée.

REVUE DES PRINCIPES ET APPROCHES ÉTHIQUES DANS LES PLANS DE LUTTE CONTRE LES PANDÉMIES

Pour la liste complète des plans fédéral, provinciaux et territoriaux de lutte contre la pandémie d'influenza de l'Agence de la santé publique du Canada, veuillez suivre le lien suivant : <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/plans-fra.php>.

1 CANADA

1.1 PLAN CANADIEN DE LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE D'INFLUENZA DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ (AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, 2006)

Afin de soutenir deux principaux objectifs, « **premièrement, de réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, de réduire au minimum les perturbations sociales résultant d'une pandémie d'influenza au sein de la population canadienne** » (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2006, Section 1.0-Introduction, p. 3), six principes éthiques sont mis de l'avant dans le plan de l'ASPC. Chacun de ces principes a informé aussi bien les objectifs du plan, que la manière dont ils devraient être atteints, établissant ainsi un standard élevé pour les interventions en santé publique. Ces principes sont :

- Protéger et promouvoir la santé du public;
- Assurer l'équité et la justice distributive;
- Respecter la dignité inhérente de toutes les personnes;
- Avoir recours aux mesures les moins restrictives;
- Optimiser le rapport entre les risques et les avantages;
- Travailler de façon responsable et transparente.

(ASPC, 2006, Section 2-Contexte, 6.0 Éthique et planification en cas de pandémie, p. 14-16)

Un guide d'orientation supplémentaire a récemment été développé par le gouvernement fédéral à l'intention de ceux qui doivent faire des recommandations quant à l'inclusion ou non des groupes prioritaires dans la distribution du vaccin contre la grippe AH1N1 et, si oui, qui doit faire partie de ces groupes. Le *Cadre de priorisation des vaccins pandémiques* (ASPC, 2009) contient une section *Considérations d'ordre éthique* dans laquelle on trouve une brève revue de la littérature scientifique portant sur la priorisation et l'égalité d'accès aux mesures thérapeutiques et prophylactiques. Le cadre de l'ASPC est directement basé sur les orientations du rapport *Considérations éthiques dans l'élaboration des mesures de santé publique face à une pandémie de grippe* (2007) de l'Organisation mondiale de la Santé (voir section 2.1 ci-dessous). Le cadre insiste sur le fait que les processus de priorisation et d'accès équitable doivent impliquer la société et les parties prenantes pertinentes, mais aussi inclure des mécanismes préétablis de révision des décisions et de dissémination ponctuelle et précise de l'information au public. Ce cadre met également « l'accent sur l'importance de clarifier les objectifs de priorisation et propose d'inclure des spécialistes de l'éthique ainsi que les résultats d'exercices de modélisation afin d'orienter le processus décisionnel » (ASPC, 2009, Section 2.0-Autres exemples de cadres de priorisation).

Les principes fondamentaux suivants ont été retenus comme éléments centraux dans le développement de critère de priorisation :

- **Utilité** (le principe d'agir pour optimiser le bien-être global) – pour l'avantage individuel ou collectif;
- **Équité** (la répartition équitable des avantages et des fardeaux) – ce principe peut parfois s'opposer à l'utilité;
- **Âge** – p. ex., l'argument « d'avoir vécu une bonne vie » (l'idée que tout le monde a droit à une certaine longévité « normale »). L'OMS souligne que les opinions sont variées sur ce critère et qu'il ne devrait être utilisé à des fins d'établissement des priorités qu'après une consultation générale du grand public;
- **Aucune discrimination** fondée sur des caractéristiques inappropriées;
- **Objectifs du programme de vaccination** (certains objectifs pourraient être incompatibles).

(*Ibid.*, Section 4.3, Considérations d'ordre éthique)

Notant que les décisions de priorisation (lorsque requises) doivent être partiellement basées sur des données non disponibles jusqu'à ce que le virus ait commencé à circuler, que l'inventaire de vaccins pandémiques sera limité et qu'il est important d'adopter une perspective d'accès équitable à l'échelle mondiale (les pays industrialisés ont un accès sécurisé à la majeure partie de l'inventaire mondial, les décisions canadiennes auront donc un impact sur la disponibilité mondiale d'un vaccin), le *Cadre de priorisation des vaccins pandémiques* résume les principes et valeurs éthiques identifiés dans le cadre de référence du plan, ainsi que les commentaires sur leur applicabilité :

Tableau 1 Principes éthiques pertinents à examiner

Principe éthique (PCLPI de 2006)	Applicabilité à la stratégie de priorisation des vaccins
Protéger et promouvoir la santé du public	Prémisse sous-jacente d'un programme de vaccination (il existe différentes stratégies pour le faire)
Assurer l'équité et la justice distributive (distribution équitable des ressources selon les besoins)	Élaborer des critères justes pour la priorisation des vaccins Définir de multiples applications possibles
Respecter la dignité inhérente de toutes les personnes	Offrir le vaccin à tous et assurer une démarche uniforme quant aux décisions visant la priorisation
Avoir recours aux mesures les moins restrictives	Par exemple, vacciner les enfants d'âge scolaire pour éviter le dérangement causé par les fermetures d'écoles
Optimiser le rapport entre les risques et les avantages	Maximiser les avantages et réduire le plus possible les risques dans la prise de décisions sur la priorisation
Travailler de façon responsable et transparente	Justifier le plan et les décisions de priorisation Consulter le public et les parties prenantes Diffuser le cadre d'établissement des priorités à grande échelle
Valeurs éthiques supplémentaires tirées du cadre du centre conjoint sur la bioéthique de l'Université de Toronto*	
Processus décisionnels raisonnables, inclusifs et réceptifs	Critères et processus de consultation justes Ouverture à la révision si la situation change
Réciprocité (responsabilité sociale de soutenir ceux qui doivent assumer un fardeau disproportionnel pour le bien des autres)	Priorité aux travailleurs de la santé Responsabilité réciproque pour les travailleurs de la santé de se présenter au travail et d'accepter le vaccin, s'il est offert
Confiance	Édifier la confiance avec parties prenantes avant la pandémie; s'assurer que le processus décisionnel est équitable et transparent
Solidarité	Communication et collaboration ouverte avec les parties prenantes
Intendance	Nécessité de tenir compte du bien public et de l'équité

* Thompson, Faith, Gibson et Upshur, 2006, dans ASPC, 2009, Annexe 2 - Principes éthiques pertinents à retenir.

1.2 PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE À UNE PANDÉMIE D'INFLUENZA – MISSION SANTÉ (QUÉBEC, 2006)

La mission du réseau de la santé et des services sociaux du Québec durant une pandémie est de « **préserv**er la vie, la santé et le bien-être des personnes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2006, Chapitre 1, p. 20) et trois « règles de gouvernance » sont établies pour guider les activités de tous les responsables : **protection, solidarité et responsabilité, et gestion fiable**. Ces concepts, ainsi que d'autres décrits dans le plan, « sont énoncés pour permettre aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et à leurs partenaires d'acquérir une vision commune des stratégies mises de l'avant » (MSSS, 2006, Chapitre 1, p. 19). Ils incluent trois principes d'intervention et identifient quatre catégories de parties prenantes (les citoyens, les aidants naturels, les divers intervenants et les décideurs, en commençant par les élus).

Le plan est sous-divisé en cinq activités d'égale importance :

- **Protéger la santé de la population** (santé publique);
- **Fournir des soins médicaux** (santé physique);
- **Assurer le bien-être psychosocial des individus** (santé physique);
- **Offrir une information claire, valide, mobilisatrice** (communication);
- **Maintenir le fonctionnement du réseau** (maintenir la continuité des services sociaux et de santé).

Les trois principes d'interventions sont :

1. Lier les stratégies de réponse aux fonctions du réseau;
2. Adopter un processus décisionnel du haut vers le bas et;
3. Offrir une organisation hautement efficace.

(*Ibid.*, Chapitre 1, p. 19-20)

Dès sa publication, le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission Santé* a été soumis à l'examen du Comité d'éthique de santé publique (CESP) qui a émis un avis intitulé *Volet santé publique du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission santé* (2006). Cet avis, réalisé par un comité spécialisé se rapportant au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, souligne que **la rareté et l'incertitude encadreront vraisemblablement les choix sociaux et mettront à l'épreuve les liens sociaux durant une pandémie** (Comité d'éthique de santé publique [CESP], 2006, p. IX). Il suggère de mettre l'emphase sur **l'information et la communication parce que ce sont des dimensions éthiques cruciales d'une gestion du risque démocratique** (CESP, 2006, p. 9, p. 14-15). Une information et une communication de qualité sont toutes deux nécessaires, selon l'avis du CESP, pour générer et préserver **la confiance de la population et son adhésion** (*Ibid.*, p. 33), ainsi que pour s'assurer de **l'efficacité** des mesures de santé publique (*Ibid.*, p. 15). Des **mécanismes de consultation** sont recommandés pour promouvoir les connaissances, la discussion et la solidarité au sein de la population et des parties prenantes (*Ibid.*, p. 31-34). L'avis contient également des recommandations sur le stockage et l'utilisation des antiviraux, sur le respect **de la confidentialité et de l'équité** tout en effectuant une surveillance efficace. Il met aussi l'emphase sur les **dimensions**

mondiales de la planification contre la pandémie et sur les problèmes éthiques reliés aux activités de l'industrie pharmaceutique, à la propriété intellectuelle et à l'inégalité entre pays et continents (*Ibid.*, p. 11-12).

La réponse politique du gouvernement du Québec à une pandémie est également informée par « les valeurs et les principes éthiques privilégiés » contenus dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, l'une des premières politiques à ce niveau contenant un cadre éthique détaillé. Ces valeurs et principes incluent :

Le bien commun, la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie, le respect de la confidentialité et de la vie privée, la responsabilité, la solidarité, la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables, la justice.

(MSSS, 2003, p. 19)

1.3 PLAN ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE DE GRIPPE (ONTARIO, 2008)¹

Faisant écho au plan fédéral canadien, la stratégie de l'Ontario vise d'abord « **à réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, à réduire au minimum les perturbations sociales** » (Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée, 2009). L'intervention de l'Ontario en cas de pandémie de grippe a été développée en adaptant le contenu du rapport *Stand on Guard for Thee* du Joint Centre for Bioethics (Centre conjoint pour la bioéthique) de l'Université de Toronto (2005, en anglais seulement). Le plan ontarien repose sur les principales valeurs éthiques suivantes :

- **Liberté individuelle** : la liberté individuelle (à savoir, le respect de l'indépendance) est une valeur enchâssée dans nos lois et dans la pratique des soins de santé;
- **Protection du public contre les méfaits** : les autorités en matière de santé publique ont l'obligation de protéger le public contre tout méfait grave;
- **Proportionnalité** : la limitation des libertés individuelles et les mesures visant à protéger le public contre tout danger ne doivent pas dépasser le minimum requis pour répondre au niveau de risque réel ou au besoin de la collectivité;
- **Vie privée** : toute personne a droit au respect de sa vie privée, notamment à la confidentialité des renseignements sur sa santé;
- **Égalité** : tous les patients sont égaux et ont le droit de recevoir les soins de santé dont ils ont besoin. Les établissements de soins de santé doivent veiller à disposer de suffisamment de services de santé et de matériel et établir des processus décisionnels et des critères équitables;
- **Obligation de fournir des soins** : les travailleurs de la santé ont l'obligation éthique de fournir des soins et de traiter les personnes qui souffrent;
- **Réciprocité** : la société a la responsabilité éthique d'aider celles et ceux qui portent un fardeau disproportionné pour protéger l'intérêt public;

¹ Les extraits cités dans cette section sont tirés du document *Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe en bref (2009)* disponible en français sur le site du MSSLD. Le plan complet (2008) est uniquement disponible en anglais. Les deux références se retrouvent en bibliographie.

- **Confiance** : la confiance est un élément essentiel de la relation entre le gouvernement et les citoyens, entre les travailleurs de la santé et les patients, entre les organisations et leur personnel, entre le public et les travailleurs de la santé, et entre les organisations d'un système de santé;
- **Solidarité** : pour endiguer une pandémie de grippe, la solidarité doit prévaloir au sein de la communauté, des établissements de soins de santé, des bureaux de santé et des gouvernements;
- **Bonne intendance** : les personnes chargées de la gouvernance doivent être guidées par la notion de bonne intendance, qui inclut de protéger et de développer les ressources et d'être responsables du bien-être public;
- **Soins axés sur la famille** : le système de soins de santé doit respecter le droit de la famille de prendre des décisions au nom d'un enfant, en accord avec la capacité de ce dernier. Les fournisseurs de soins de santé doivent respecter les valeurs et les croyances propres aux familles et accepter que les choix des familles soient éclairés par leurs valeurs et croyances;
- **Respect de l'indépendance naissante** : en ce qui concerne la fourniture de soins à de jeunes personnes, le système de santé doit respecter l'indépendance naissante de celles-ci et leur communiquer des renseignements adaptés à leur âge.

(Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée [MSSLD], 2009, p. 7)

Reconnaissant que « les gouvernements et les responsables de santé publique auront à prendre des décisions difficiles durant une pandémie », le plan suggère que les Ontariens et les Ontariennes seront plus susceptibles d'accepter les décisions difficiles si les processus décisionnels sont :

- **Ouverts et transparents** : le processus utilisé pour prendre les décisions est ouvert aux examens approfondis et les raisons des décisions sont expliquées;
- **Raisonnables** : les décisions reposent sur un fondement logique (à savoir des éléments probants, des principes et des valeurs) et sont prises par des personnes crédibles ayant une obligation de rendre compte;
- **Inclusifs** : les décisions sont prises explicitement en tenant compte de l'avis des parties prenantes, lesquelles ont l'occasion de participer au processus décisionnel;
- **Réactifs** : les décisions sont réexaminées et révisées à mesure que de nouveaux renseignements sont disponibles et les parties prenantes ont la possibilité d'exprimer leurs préoccupations par rapport à ces décisions (à savoir mécanismes formels permettant d'apporter de nouveaux renseignements, de contester ou de faire part de ses préoccupations par rapport à certaines décisions de répartition et de résoudre les différends);
- **Responsables** : des mécanismes permettent d'assurer le respect de l'éthique dans les prises de décisions tout au long de l'intervention.

(MSSLD, 2009, p. 7)

Trois autres principes, **éduquer, rassurer et rendre compte**, font partie de la liste des principaux objectifs de la *Stratégie de communication en cas de pandémie* du ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario. La priorité du ministère est de fournir une information précise et actualisée sur la pandémie, aussi bien à la population qu'aux employés du secteur de la santé publique/parties prenantes, de les informer des mesures prises pour réagir à la pandémie et de les conseiller sur ce qu'il faut faire à chaque étape (*Ibid.*, p. 36).

1.4 **NOVA SCOTIA HEALTH SYSTEM PANDEMIC INFLUENZA PLAN: ETHICAL CONSIDERATIONS AND DECISION-MAKING FRAMEWORK (NOUVELLE-ÉCOSSE, 2007)**

Les deux principaux objectifs du *Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan* (Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du système de santé de la Nouvelle-Écosse) (en anglais seulement), soient « **réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et réduire au minimum les perturbations sociales** » (Nova Scotia Department of Health, 2008), sont identiques à ceux du plan fédéral. La Nouvelle-Écosse s'est toutefois distinguée en faisant développer un cadre décisionnel et une trousse d'outils (Melnichuk pour le Nova Scotia Department of Health, 2007, p. 5) qui vont au-delà de la simple liste de principes à promouvoir et de valeurs à refléter dans les décisions à prendre avant et pendant une pandémie. Le *Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan: Ethical Considerations and Decision-Making Framework* (Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du système de santé de la Nouvelle-Écosse : cadre éthique et décisionnel [en anglais seulement]) comporte une liste « de valeurs substantives et procédurales à respecter, un examen des situations urgentes et non urgentes, un guide d'orientation pour établir les objectifs et les priorités et une discussion des défis à relever. Ce dernier outil inclut un exemple d'application du cadre décisionnel » (*Ibid.* p. 5).

« Les trois principales composantes du cadre proposé sont **les valeurs substantives** (telles que les valeurs de base de santé publique et de protection de la population contre les torts et les trois valeurs inter-reliées d'équité, de confiance et de solidarité, qui forment les critères pour soutenir le processus décisionnel), **les valeurs procédurales** (qui guident le processus pour atteindre un objectif et qui incluent l'équité, la transparence et la responsabilité) et **les valeurs de finalité** » (notamment la justice et l'égalité d'accès et de résultats, qui influent sur les fins ultimes d'une politique en définissant des objectifs opérationnels aux niveaux des individus, des organismes et des gouvernements). Quatre dimensions supplémentaires, influençant le processus décisionnel et jouant un rôle dans le discours politique, sont abordées : « **scientifique** (les données probantes), **sociohistorique** (reconnaissance et respect des perspectives culturelles et historiques qui influencent les comportements et les croyances), **philosophique** (tout acte humain est un acte moral) et **politique** (la réalité de ce qui est faisable, économique, acceptable et réaliste dans le contexte politique) » (*Ibid.*, p. 5-6).

Du matériel d'accompagnement, une analyse de trois cas (priorisation des patients ayant besoin de soutien respiratoire, devoir des praticiens de santé publique envers les patients durant des pénuries de personnel et refus d'un employé du secteur de la santé de se faire vacciner) et un glossaire sont également offerts en annexes.

La Nouvelle-Écosse (en collaboration avec les provinces de l'Atlantique par le biais du Atlantic Provinces Public Health Collaboration) a également produit un résumé utile sur les moyens et les fins de la santé publique, *PH 101: An Introduction to Public Health* (SP 101 : Une introduction à la santé publique, en anglais seulement) (Atlantic Provinces Public Health Collaboration, 2007). Ce résumé vise à fournir une ressource aux praticiens afin de générer des discussions sur les problèmes rencontrés et de promouvoir l'utilisation d'un langage commun dans le domaine. *PH 101* examine brièvement et de façon accessible les cinq principes abordés dans Upshur (2002), en y ajoutant le principe de précaution, sans toutefois en faire une analyse détaillée.

1.5 FIRST NATIONS PUBLIC HEALTH: A FRAMEWORK FOR IMPROVING THE HEALTH OF OUR PEOPLE AND OUR COMMUNITIES (ASSEMBLY OF FIRST NATIONS, 2007)

Ce document, *First Nations Public Health: A Framework for Improving the Health of Our People and Our Communities* (Santé publique des Premières Nations : un cadre pour améliorer la santé de notre peuple et de nos communautés) (en anglais seulement), produit par l'Assemblée des Premières Nations, a été réalisé grâce à un financement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Il fournit une base sur laquelle mettre en place des projets-pilotes et développer une approche issue des Premières Nations en matière de santé publique. Bien que ce document ne traite pas principalement de préparation ou de réponse à des urgences en santé publique, on y retrouve néanmoins une série de recommandations sur des questions variées, telles que la fourniture et la gouvernance des services de santé publique, l'utilisation des technologies de surveillance électronique et les stratégies en matière de capacité, de programmation et de financement. « Ces recommandations sont basées sur les contextes et les problèmes uniques soulevés par l'engagement des Premières Nations dans le développement de politiques et de législations en matière de santé publique » (Assembly of First Nations, 2007, p. 9). Les recommandations sont présentées comme trois piliers ayant besoin d'être renforcés et reposant sur des valeurs éthiques fondamentales très pertinentes à la planification et à la préparation à une pandémie :

- **Approche collective du processus décisionnel** — bien que la réglementation gouvernementale et la gestion de crise en matière de santé dépendent d'une approche interdépendante et unifiée en santé publique, *First Nations Public Health* (Santé publique des Premières Nations) soutient que les mécanismes existants pour la prise de décision collaborative et le partage systématique des données sont faibles et que « les gouvernements n'ont pas adéquatement défini leurs rôles et responsabilités » en matière de services de santé, de services sociaux, de sécurité publique et de santé publique (*Ibid.*, p. 9).
- **Partenariats intersectoriels** — comme la pratique en santé publique repose largement sur des professionnels œuvrant ensemble à travers plusieurs disciplines, des approches participatives en termes de coalitions incluant des partenaires bénévoles dont des « agences non gouvernementales (comme des organismes caritatifs en santé, des associations professionnelles, des associations locales de tous genres, des groupes de développement communautaire, des associations récréatives, des groupes d'affaires, des programmes d'emploi organisés ou autres) » (*Ibid.*, p. 9) sont cruciales pour que les Premières Nations puissent « plaider efficacement en faveur de la réduction des risques

pour la santé ou pour la mise en œuvre de changements dans divers environnements visant à améliorer la santé » (*Ibid.*, p. 9).

- **Le large spectre des fonctions essentielles en santé publique** — bien que la surveillance, l'évaluation, la prévention, la protection et la capacité de réponse soient au cœur de la santé publique, le rapport soutient qu'il est aussi important, dans une perspective communautaire et de santé des populations, de prendre en considération les déterminants de la santé plus large, « particulièrement ceux qui sont extérieurs au secteur de la santé, comme l'environnement, le logement et la disparité de revenus. En l'absence de taux d'emploi plus élevé, de conditions de travail plus sécuritaires et d'investissements dans le capital social et humain pour réduire la disparité des revenus et de la richesse, il ne sera pas possible d'obtenir des résultats positifs au plan social » (*Ibid.*, p. 9-11).

L'une des conclusions du rapport est qu'il reste beaucoup à faire en matière de préparation en santé publique pour plusieurs communautés des Premières Nations :

Pour que des progrès soient réalisés en matière de collaboration entre juridictions et à l'intérieur même de ces juridictions, les gouvernements des Premières Nations doivent investir de toute urgence dans des mécanismes formels d'échange d'informations, partager leurs pratiques exemplaires, entreprendre des formations conjointes, intégrer et évaluer les plans d'urgence, et évaluer l'interopérabilité des processus, protocoles et équipements requis pour répondre à des urgences en santé (*Ibid.*, p. 56).

2 INTERNATIONAL

Pour des liens de l'Organisation mondiale de la Santé vers des plans de lutte nationaux et régionaux contre la pandémie d'influenza, veuillez suivre le lien suivant : <http://www.who.int/csr/disease/influenza/nationalpandemic/en/index.html>.

2.1 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DANS L'ÉLABORATION DES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE FACE À UNE PANDÉMIE DE GRIPPE (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [OMS], 2009)

Ce court rapport résume les articles et les discussions de fond de quatre groupes de travail rassemblés en 2006 à la demande de l'OMS pour développer des orientations sur les questions éthiques reliées au développement et à l'application de plans de lutte contre l'influenza. Le rapport est très peu normatif, il se veut davantage un outil visant à augmenter la sensibilisation et à améliorer la qualité de la planification contre une pandémie. On y reconnaît d'emblée que l'éthique ne peut fournir un ensemble normatif de politiques, on fournit toutefois des orientations pratiques sur la manière d'incorporer les considérations d'ordre éthique (reliées aux droits de la personne et légales) dans les plans, les préparatifs et les mesures contre une pandémie d'influenza. Le texte commence par un glossaire (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2009, pages v-vi) qui offre des définitions en langage simple de principes cruciaux (incluant l'équité, l'utilité/l'efficacité, la liberté, la réciprocité et la solidarité) avant d'aborder brièvement les « cinq considérations éthiques générales » suivantes :

1. **Équilibrer les droits, intérêts et valeurs** — les demandes concurrentes, basées sur des principes différents, doivent être évaluées par le biais de délibérations éthiques conçues pour atteindre les décisions appropriées qui, si elles doivent empiéter sur des libertés individuelles, doivent être « nécessaires, raisonnables, proportionnelles, équitables, non discriminatoires et légales ».
2. **Utiliser les meilleures données probantes disponibles, mais demeurer souple** — comme il y a beaucoup d'incertitudes dans les phases initiales d'une pandémie, les décisions concernant les mesures de santé publique doivent être prises en se basant sur leur efficacité et leurs avantages présumés, mais ils doivent constamment être réévalués à la lumière des nouvelles données probantes.
3. **Rechercher la transparence, l'engagement public et la mobilisation sociale** — tous les aspects de la planification devraient impliquer les parties prenantes pertinentes et les « décisions de politiques ainsi que leurs justifications devraient être publicisées et ouvertes à l'examen public » de manière à engendrer la sensibilisation, la confiance, l'assentiment, les réactions sur les conditions locales, la confiance, la légitimité et l'acceptation.
4. **Informé, éduquer et communiquer** — une planification avancée est nécessaire pour développer des stratégies permettant d'atteindre population entière de manière appropriée tant au niveau linguistique que culturel, durant toutes les phases de préparation et de lutte (et surtout de permettre la participation de la population dans le développement des politiques et favoriser la compréhension au sein de la population des

risques reliés à la propagation de la pandémie ainsi que des mesures individuelles et collectives qui sont justifiées et appropriées pour répondre à ces risques).

5. **Justifier les contraintes et les allocations de ressources** — bien que ce qui compte comme « efforts de préparation raisonnables » face à une pandémie varie selon les ressources disponibles et les priorités de santé concurrentes au sein d'un pays donné, les décisions difficiles concernant l'allocation des ressources (incluant les contributions à la coopération internationale, nécessaires pour surmonter les contraintes de ressources dans les pays en développement) devraient être informées par des processus d'engagement de la population et avoir des justifications communiquées clairement.

(OMS, 2009, p. 3-4)

Le rapport de l'OMS précise que les « décisions spécifiques dépendront de la situation locale et des valeurs culturelles » et donc que cette orientation mondiale doit nécessairement être adaptée « aux contextes régional et national, moyennant le plein respect des principes et traités internationaux relatifs aux droits de l'homme » (*Ibid.*, p. 2). En outre, le rapport se penche plus en détail (incluant une recension des responsabilités générales des gouvernements, des considérations éthiques plus générales et des critères décisionnels spécifiques, ainsi que des extraits illustrant des plans et processus de plusieurs pays) sur les quatre défis éthiques suivants :

1. Des priorités et accès équitables aux ressources thérapeutiques et prophylactiques (Chapitre 3, p. 5-8);
2. Mesures d'isolement, de quarantaine, de contrôle aux frontières et de réduction des contacts sociaux (Chapitre 4, p. 9-12);
3. Les rôles et les obligations des travailleurs de la santé lors d'une pandémie de grippe (Chapitre 5, p. 13-16);
4. Développement de plans multilatéraux face à une pandémie de grippe (Chapitre 6, p. 17-20).

Un ensemble de références utiles et une bibliographie supplémentaire contenant une série de liens Internet vers des ressources primordiales sont également fournis.

2.2 GETTING THROUGH TOGETHER: ETHICAL VALUES FOR A PANDEMIC (NOUVELLE-ZÉLANDE, 2007)

Ce document, *Getting Through Together: Ethical values for a pandemic* (Traverser ensemble : valeurs éthiques en cas de pandémie [en anglais seulement]) est le résultat de plusieurs années de vastes consultations publiques visant à « identifier et à discuter des valeurs éthiques destinées à encadrer la manière dont les décisions sont prises ainsi que le choix de décisions à prendre en cas de pandémie » (New Zealand National Ethics Advisory Committee [NEAC], 2007b, p. 1). Il s'adresse à « une diversité de gens (incluant des professionnels de la santé, des responsables de planification et d'élaboration de politiques, ainsi que des citoyens et des membres de la communauté d'affaires) » (NEAC, 2007a, p. 6), alors qu'ils réfléchissent à la conception et à la planification de leur réponse à une pandémie. Le cadre de valeurs éthiques proposé dans ce document a été intégré dans le *New Zealand Influenza Pandemic Plan: A Framework for Action* (New Zealand Ministry of Health, 2010)

(Plan de lutte contre la pandémie d'influenza de la Nouvelle-Zélande, en anglais seulement) dont les trois objectifs principaux sont de « **protéger la population** (en réduisant l'impact de la maladie et en réduisant ses effets sur la population), de **protéger la société** (en permettant à la société de continuer à fonctionner aussi normalement que possible durant et après la pandémie) et de **protéger l'économie** » (*Ibid.*, Part A, p. 9). La planification contre la pandémie de la Nouvelle-Zélande est basée sur une stratégie séquentielle en cinq étapes : « planifier en fonction de la pandémie, la tenir à l'écart, l'éradiquer, la gérer et ensuite récupérer » (*Ibid.*, Part A, p. 8-9). Cette stratégie « insiste sur la tâche principale à accomplir à un moment spécifique et propose une manière simple de structurer les plans et les activités » (*Ibid.*, p. 3) en indiquant les déclencheurs potentiels et les objectifs spécifiques pour chaque étape.

Le document *Getting Through Together* (NEAC, 2007a) met l'emphase sur l'utilisation de valeurs communes pour aider les gens à prendre soin d'eux-mêmes, de leur parenté (*whānau*) et de leurs voisins. Le document insiste spécifiquement sur l'utilisation de valeurs communes pour guider les comportements en situation de très forte demande, c'est-à-dire durant la phase de gestion de la pandémie. « L'implication des individus et de la communauté constitue une préoccupation centrale du document et l'importance d'un "comportement de bon voisinage" pour éviter l'isolement et pour permettre à tous les citoyens d'être des "aidants" y est clairement énoncée » (NEAC, 2007a, p. 41-42). Cette préoccupation pour le bon voisinage, tout comme les objectifs de **réduire le tort causé par toute pandémie, de réduire les inégalités de l'impact de toute pandémie et de préparer la population à accepter une restriction des libertés individuelles lorsqu'elle est nécessaire pour la protection des autres**, anime deux études de cas fournies en exemples dans le document. Ces deux cas hypothétiques, comportant des scénarios extrêmement détaillés, couvrent deux environnements d'importance : une communauté urbaine et une unité de soins intensifs en milieu hospitalier. Ils permettent d'illustrer l'utilisation des valeurs éthiques proposées, de susciter le débat et d'explorer les défis présentés par l'usage de l'éthique pour prendre des décisions dans des conditions semblables à celles créées par une pandémie sévère. Le rapport conclut qu'il faut user « d'imagination, de bon sens et de discussion » devant chaque situation particulière durant une pandémie, tout en soulignant que l'on peut faire appel à ces valeurs même lorsque des décisions doivent être prises rapidement, en situation de stress durant lesquelles les ressources font cruellement défaut, et « même lorsque ces valeurs poussent dans plusieurs directions » (*Ibid.*, p. 4). À cette fin, deux brefs documents de référence sont également fournis, l'un résumant les « valeurs éthiques en temps de pandémie » (*Ethical Values for a Pandemic*) (NEAC, 2007b), (en anglais seulement) et l'autre offrant des recommandations concises et pratiques sur quatre enjeux essentiels (*Guidance on Pandemic Ethics*) (NEAC, 2007c), (en anglais seulement). Ces deux ressources sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/neac-resources-publications-getting-throughtogether>.

Getting Through Together est composé de trois sections : 1) un état des objectifs de planification et des valeurs éthiques ainsi qu'un guide pratique pour promouvoir et protéger ces valeurs; 2) une application de ces valeurs à deux études de cas approfondies; 3) une discussion détaillée de la justification, de l'importance et des implications de chacun des

principes proposés, aussi bien pour le choix des décisions que pour la manière dont elles sont prises, dans le contexte d'une pandémie d'influenza. La déclaration de valeurs éthiques est résumée ci-dessous, suivie par les recommandations concernant l'utilisation de mesures restrictives, la portée du devoir de soigner des professionnels et un outil de triage clinique pour la priorisation des services de santé en temps de crise.

Valeurs éthiques informant les décisions à prendre :

- **Minimiser les torts** – ne pas causer de torts aux autres, se protéger les uns les autres des torts et accepter les restrictions de nos libertés lorsque c'est nécessaire pour protéger les autres.
- **Respect/*manaakitanga*** – reconnaître que chaque personne compte et traiter les autres en conséquence, soutenir les autres pour qu'ils prennent leurs propres décisions chaque fois que possible, soutenir les personnes les mieux placées pour prendre des décisions à la place de celles qui ne sont pas en mesure de le faire, restreindre les libertés aussi peu que possible, mais de manière aussi équitable que possible, si les libertés doivent être restreintes pour le bien commun.
- **Équité** – s'assurer que chacun ait un traitement équitable, prioriser équitablement lorsque les ressources sont insuffisantes pour que tous puissent recevoir les services dont ils ont besoin, soutenir les autres pour obtenir ce à quoi ils ont droit et minimiser les inégalités.
- **Bon voisinage/*whānaungatanga*** – aider et prendre soin de nos voisins et amis, aider et prendre soin de notre famille/*whānau* et de notre parenté relations, travailler ensemble lorsqu'il y a un besoin à combler.
- **Reciprocité** – s'entraider, agir conformément à tout statut social ou toute responsabilité particulière que nous pourrions avoir, comme celles associées au professionnalisme, s'entendre sur un soutien additionnel pour ceux qui ont des responsabilités supplémentaires au niveau des soins à apporter aux autres.
- **Unité/*kotahitanga*** – s'engager à traverser la situation ensemble, montrer notre engagement à renforcer les individus et les communautés.

(NEAC, 2007a, p. 5)

Valeurs éthiques informant la manière de prendre les décisions :

- **Inclusion** – inclure ceux qui seront affectés par la décision et les gens de toutes cultures et communautés, prendre au sérieux la contribution de chacun, tenter de rallier les gens autour d'un processus décisionnel sur lequel on s'est entendu, même ceux qui pourraient ne pas être d'accord avec une décision particulière.
- **Transparence** – faire savoir aux autres quelles décisions doivent être prises, comment et sur quelle base elles seront prises, faire savoir aux autres quelles décisions ont été prises et pourquoi, faire savoir aux autres ce qui s'en vient par la suite et se montrer équitable.
- **Caractère raisonnable** – tenir compte des options et des façons de penser alternatives, tenir compte de la diversité culturelle et la refléter, utiliser un processus décisionnel équitable, baser les décisions sur des valeurs communes et des données probantes exemplaires.

- **Réactivité** – être prêt à faire des changements et se montrer novateur, changer lorsque des informations pertinentes ou le contexte changent, permettre aux autres de contribuer lorsque nous (ou eux) pouvons, permettre aux autres de remettre en question nos décisions et actions.
- **Responsabilité** – agir selon notre responsabilité face aux autres dans nos décisions et nos actions, aider les autres à prendre la responsabilité de leurs décisions et de leurs actions.

(*Ibid.*, p. 4)

Recommandations concernant les mesures restrictives :

- Lorsque possibles et appropriées, **les restrictions devraient être volontaires** plutôt qu'obligatoires. Les mesures encourageant l'obéissance volontaire réduiront le besoin de mesures obligatoires.
- Les mesures restrictives devraient **réduire seulement les droits qu'il est nécessaire de réduire**. Une attention particulière pourrait être requise pour ceux qui sont affectés par ces restrictions (par exemple, dans leur liberté de déplacement) pour s'assurer que leurs autres droits soient protégés.
- **Un soutien réciproque** peut être approprié pour les gens qui, afin de protéger les autres, sont soumis à des mesures restrictives.
- **Les mesures restrictives ne peuvent être justifiées qu'en présence de toutes les circonstances définies avec précision dans la législation sur les droits de la personne, appelée Principes de Syracuse :**
 - La restriction est prévue et appliquée en conformité avec la loi;
 - La restriction est dans l'intérêt d'un objectif légitime d'intérêt général;
 - La restriction est strictement nécessaire dans une société démocratique pour atteindre l'objectif;
 - Il n'y a aucune autre mesure moins intrusive et restrictive de disponible pour atteindre le même objectif;
 - La restriction n'est pas conçue ou imposée arbitrairement, c'est-à-dire de manière déraisonnable ou discriminatoire.

(*Ibid.*, p. 35)

Recommandations concernant les responsabilités des professionnels :

- **Les professionnels de la santé ont l'obligation de fournir des soins** si une pandémie est déclarée, même si le risque pour eux-mêmes ou leurs familles augmente.
- **Les attentes de la communauté face aux professionnels de la santé devraient être raisonnables**. Par exemple, il ne faudrait pas attendre des professionnels qu'ils fournissent des soins si les risques qu'ils encourent dépassent les bénéfiques que les patients peuvent en tirer. La planification devrait viser à créer des conditions qui permettent aux professionnels de prendre soin de leurs patients et d'eux-mêmes.
- **Un soutien supplémentaire est approprié pour les professionnels et autres praticiens de la santé en reconnaissance de leurs responsabilités supplémentaires**. Cela inclut faciliter leur participation volontaire à la lutte contre la pandémie, minimiser leurs risques et, lorsque possible, éviter les situations de risques déraisonnables pour les

professionnels de la santé. Cela inclut également la reconnaissance personnelle et publique de leurs contributions.

(*Ibid.*, p. 47)

Questions concernant la priorisation des services de santé en cas de demande extrême :

Un guide pour la priorisation des ressources (comme le traitement en unité de soins intensifs), où un « oui » indique qu'il pourrait être approprié de prioriser le patient en question :

1. Est-ce que le patient répondrait aux critères cliniques pour ce traitement en temps normal? (C'est-à-dire lorsque les ressources ne sont pas soumises à une demande extrême.)
2. Est-ce que ce traitement est le type de traitement le plus bénéfique pour ce patient?
3. Est-ce que ce patient a besoin de ce traitement immédiatement? (C'est-à-dire, ne serait-il pas possible de retarder le traitement en toute sécurité?)
4. Serait-il possible d'augmenter les ressources requises pour pouvoir traiter ce patient avec un minimum d'inconvénients pour les autres?
5. Est-il possible de réduire les impacts négatifs pour ce patient s'il n'obtient pas ce traitement?
6. Est-ce que ce patient peut être classé assez haut en se basant sur les bénéfices de ce traitement?
7. Est-ce que ce patient peut être classé assez haut en se basant sur l'ordre d'arrivée?
8. Est-ce que ce patient peut être classé assez haut en se basant sur une sélection aléatoire?

(*Ibid.*, p. 53)

2.3 **RESPONDING TO PANDEMIC INFLUENZA: THE ETHICAL FRAMEWORK FOR POLICY AND PLANNING (ROYAUME-UNI, 2007)**

Conçu pour servir de liste de vérification systématique, mais sans prioriser aucun principe ou objectif, ce cadre éthique, *Responding to pandemic influenza: The ethical framework for policy and planning* (Répondre à une pandémie d'influenza : cadre éthique pour les politiques et la planification) (UK Department of Health, 2007a), disponible en anglais seulement, a été développé par un comité indépendant, avec des représentants provenant de partout à travers le Royaume-Uni (R.-U.), afin d'informer et de guider le Cadre national pour la lutte contre une pandémie d'influenza (*Pandemic Flu: A national framework for responding to an influenza pandemic*), (UK Department of Health, 2007b) (en anglais seulement). Le plan d'urgence national du R.-U., contrairement au plan canadien, vise à atteindre simultanément de nombreux objectifs stratégiques (voir liste ci-dessous). Le cadre éthique national du R.-U. propose l'idée selon laquelle le droit **à la même attention et au même respect** (dans le sens que non seulement chaque personne compte, mais aussi que les intérêts et les souffrances de chacun comptent de façon égale et donc, de réduire les torts qu'une pandémie peut causer est un enjeu collectif) est le principe fondamental qui rassemble plusieurs autres principes et qu'il devrait sous-tendre la réponse à une pandémie d'influenza (UK Department of Health, 2007a, p. 1). Les autres valeurs qui informent l'état de préparation et les activités de réponse à une pandémie sont les suivantes :

- **Respect** – c'est-à-dire, dans toute la mesure du possible, garder les gens informés de ce qui se passe et de ce qui va se passer et laisser les gens choisir leurs propres traitements.
- **Minimiser les torts** – c'est-à-dire minimiser la propagation de la pandémie à l'étranger et chez soi; grâce à l'expérience acquise, minimiser les risques de complications médicales au niveau des individus; minimiser les risques de perturbations sociales.
- **Équité** – c'est-à-dire que les intérêts de chaque personne qui pourrait être affectée par une décision soient pris en considération, afin que chaque personne ayant des besoins équivalents de soins de santé ou de services sociaux ait une chance égale d'en bénéficier.
- **Travailler ensemble** – c'est-à-dire coopérer, s'aider mutuellement, agir de manière responsable (ne pas exposer les autres aux risques), partager les ressources, professionnelles et autres, et l'information.
- **Réciprocité** – c'est-à-dire un échange mutuel de façon à ce que ceux qui font face à des risques ou des fardeaux accrus bénéficient d'un support et que ces risques et fardeaux soient réduits le plus possible.
- **Garder les choses en perspective** – c'est-à-dire ne pas exagérer ou minimiser la situation et s'assurer que les décisions soient basées sur une évaluation aussi précise que possible des risques et bénéfices découlant des gestes proposés.
- **Flexibilité** – c'est-à-dire que les plans soient adaptés en fonction des circonstances changeantes et que les gens aient l'occasion d'exprimer leurs réserves ou désaccords envers les décisions qui les concernent.
- **Bon processus décisionnel** – c'est-à-dire respect de **l'ouverture et la transparence** (que ceux qui sont concernés soient consultés et sachent quelles décisions sont prises, pourquoi et par qui), de **l'inclusion** (que tous les points de vue pertinents soient exprimés, que les groupes particuliers ne soient pas exclus, que les impacts disproportionnés soient pris en considération), de **l'imputabilité** (que les décideurs soient tenus de rendre compte des décisions qu'ils prennent ou ne prennent pas), **du caractère raisonnable** (que les décisions soient rationnelles, pratiques, non arbitraires et basées sur des données probantes et des processus appropriés, et qu'elles soient consignées adéquatement avec leurs justifications).

(*Ibid.*, p. 2-6)

Dans sa planification et sa préparation à une pandémie d'influenza, le gouvernement du R.-U. a pour objectifs stratégiques de :

- **Protéger** autant que possible les citoyens et les visiteurs contre des conséquences néfastes pour leur santé;
- **Se préparer** en proportion du risque;
- **Soutenir les efforts internationaux** pour prévenir et détecter, ralentir ou limiter l'expansion de la pandémie;
- **Minimiser l'impact potentiel sur la santé, la vie sociale et l'économie;**

- **Organiser et adapter les systèmes sociaux et de santé** pour fournir des traitements et du soutien au grand nombre de gens susceptibles d'être affectés par l'influenza ou ses complications tout en maintenant les autres soins essentiels;
- **Faire face** à la possibilité d'un nombre significatif de décès supplémentaires;
- **Soutenir la continuité des services essentiels et protéger les infrastructures nationales critiques autant que possible;**
- **Soutenir la continuité des activités quotidiennes autant que possible;**
- **Maintenir l'état de droit et le processus démocratique;**
- **Inspirer et préserver la confiance** en s'assurant que la population et les médias soient impliqués et informés avant et pendant toute la durée de la pandémie;
- **Promouvoir un retour à la normalité et le rétablissement des services interrompus** aussitôt que possible.

(UK Department of Health, 2007b, p. 9)

Nombre de ces valeurs et objectifs sont également repris par une autre publication d'importance au R.-U., *Public Health: Ethical Issues* (Nuffield Council on Bioethics, 2007) (Santé publique : enjeux éthiques), qui tente de placer l'éthique dans la planification et les réponses à une pandémie dans un contexte à la fois plus profond et plus vaste. Plus profond dans la manière dont la question est reliée à (et défie) diverses traditions philosophiques et divers processus et pratiques, et plus vaste dans la mesure où ce n'est que l'un des éléments d'une stratégie générale de santé de la population, une stratégie qui implique nécessairement des considérations politiques, économiques, et des règlements, et une stratégie qui exige des justifications par références explicites à des « jugements de valeur sur ce qui est bon ou non pour les gens » (*Ibid.*, p. xvi). Ce rapport prend en considération les responsabilités des gouvernements, de l'industrie, des individus et d'autres parties dans la promotion de la santé de tous, tout en respectant le principe central d'autonomie. Le rapport suggère également que l'État a le devoir particulier d'aider les gens à mener une vie saine, à réduire les inégalités et suggère que l'adoption d'un « modèle de bonne intendance » pour les politiques de santé publique permet de soutenir la réalisation de ce devoir et l'atteinte de ces objectifs. Ce modèle de bonne intendance tente d'établir un équilibre entre le *principe du tort* de John Stuart Mill (qui soutient que « la seule base légitime pour intervenir dans les choix autonomes d'une personne compétente se trouve dans le cas où les choix de cette personne pourraient causer du tort aux autres » (Dawson, 2008) et une autre de ses positions voulant que la coercition soit justifiable, selon la nécessité, pour s'assurer que les individus portent leur juste part du fardeau que représente l'effort commun requis pour assurer les intérêts de la société. La bonne intendance impliquerait l'adhésion à « l'échelle d'intervention », un guide d'orientation décisionnel qui aiderait à minimiser les restrictions des libertés individuelles et à éviter le paternalisme et la coercition non nécessaires.

Ce volumineux rapport examine de façon détaillée (incluant des données comparatives internationales et plusieurs centaines de citations) l'acceptabilité des diverses politiques et mesures de santé publique visant à fournir et préserver certains biens publics. Il souligne également les responsabilités des industries qui font la promotion de produits affectant la

santé et soutient que l'intervention de l'État est justifiée lorsque les failles du marché mettent sérieusement en péril la santé de la population. Selon le rapport, la question éthique centrale entourant les maladies infectieuses est « comment réconcilier les préoccupations de consentement et de libertés civiles avec les bénéfices pour la communauté » (Nuffield Council on Bioethics, 2007, p. 77). On y propose trois principes « d'importance spéciale » dans l'évaluation d'interventions en santé publique : le « principe du tort », le principe de fournir des soins aux plus vulnérables ainsi que le principe de l'autonomie et du consentement (*Ibid.*, p. 143-144).

Des études de cas et des recommandations de politiques sont présentées pour quatre enjeux : **les maladies infectieuses, l'obésité, l'alcool et le tabac et la fluorisation de l'eau**. La discussion entourant les maladies infectieuses ne se concentre pas seulement sur les pandémies d'influenza ni sur les mesures de contrôle. On y aborde plutôt les causes et les conséquences de maladies infectieuses de manière plus large (incluant des maladies évitables par un vaccin, le VIH et d'autres maladies à déclaration obligatoire), les stratégies et programmes de vaccination sont comparés en détail et on met l'accent sur l'importance de la surveillance, du partage de l'information et d'une répartition plus équitable des ressources de santé publique à l'échelle mondiale.

2.4 ETHICAL GUIDELINES IN PANDEMIC INFLUENZA (US CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007)

Ce document, *Ethical Guidelines in Pandemic Influenza* (Kinlaw et Levine, 2007) (Lignes directrices éthiques en cas de pandémie d'influenza) (en anglais seulement), a été élaboré par un comité d'universitaires américains reconnus en bioéthique et réunis par les US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies). Il fournit « une fondation pour le processus décisionnel durant la préparation et la lutte à une pandémie d'influenza » qui tient compte de deux objectifs : 1) **préserver le fonctionnement de la société**; 2) **protéger la santé du public**. Les lignes directrices visent à fournir une aide pratique en articulant « les limites et les prémisses éthiques sous-jacentes pouvant servir d'indicateurs sur lesquels comparer les décisions de mise en œuvre ». Les décideurs à tous les paliers (fédéral, local, de l'État, tribal, etc.) sont cependant incités à « continuer de faire preuve de bon sens dans des situations particulières » (Kinlaw et Levine, 2007, p. 2). Deux autres documents *A Fact Sheet* (Une fiche d'information) et *Ethics Checklist* (Liste de contrôle éthique) (disponibles en anglais seulement) ont également été développés pour résumer les questions éthiques pertinentes à une pandémie d'influenza et améliorer les considérations éthiques dans le processus décisionnel. Ils sont disponibles sur le site du CDC à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/guidelinesPanFlu.htm>.

Contrairement à de nombreux plans étudiés, le guide d'orientation des CDC se distingue du plan national américain qu'il vise à compléter. En fait, le *Pandemic Influenza Plan* (2005) du US Department of Health and Human Services (DHHS) (Plan de gestion d'une pandémie d'Influenza du Ministère des Services de santé et sociaux des États-Unis) ne fournit aucune orientation morale pour la priorisation dans l'utilisation de ressources médicales et de lits d'hôpitaux, ni de cadre de valeurs ou de principes dominants pour les dilemmes éthiques soulevés lors de la gestion d'une pandémie. Cependant, ce plan souligne les principaux

rôles et responsabilités et fournit des prévisions de planification pour les autorités fédérales, des États et locales durant une pandémie. Le plan propose également des orientations détaillées pour les services de santé locaux et pour ceux des États dans 11 domaines clés. Deux comités consultatifs, le Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) (Comité aviseur sur les pratiques d'immunisation) et le National Vaccine Advisory Committee (NVAC) (Comité aviseur national sur la vaccination), avaient formulés des recommandations sur l'utilisation de vaccins et d'antiviraux en cas de pandémie d'influenza, certaines ayant été intégrées au plan de lutte du DHHS. Fait à noter, ces recommandations classent explicitement les objectifs d'une lutte pandémique par ordre d'importance, le premier étant de « réduire les impacts sur la santé, incluant la morbidité sévère et la mortalité » alors que « minimiser les impacts sociétaux et économiques » est un objectif secondaire (DHHS, 2005, Appendix D).

Les « considérations éthiques générales » suivantes informent le cadre éthique des CDC :

- Identification **d'objectifs clairs pour la planification de la lutte à une pandémie** – engagement à préserver le fonctionnement de la société et à protéger la santé de la population;
- Responsabilité de **maximiser l'état de préparation** – engagement à déterminer et articuler les règlements qui gouverneront le processus décisionnel en matière de santé publique, avant qu'il soit nécessaire de prendre des décisions;
- **Transparence et engagement public** – engagement à la transparence et à l'ouverture dans le processus décisionnel, à partager l'information et à consulter la population;
- Données scientifiques éprouvées – engagement à **baser les décisions sur les meilleures données probantes disponibles**;
- Communauté internationale – engagement à **travailler avec communauté internationale et à tirer parti des efforts de préparation effectués dans le monde**;
- **Équilibre entre libertés individuelles et intérêts collectifs** – engagement à utiliser les mesures de santé publique les moins restrictives possible pour protéger le bien commun et à minimiser les impacts négatifs de ces mesures;
- Diversité dans un processus décisionnel éthique – engagement des responsables de santé publique à **susciter la confiance dans une grande diversité de membres de la société**;
- **Justice (processus équitable)** – engagement à une distribution équitable des ressources telles que vaccins et médicaments antiviraux et à imposer des restrictions au niveau local aussi bien qu'international.

(Kinlaw et Levine, 2007, p. 2-6)

Des recommandations spécifiques sont faites concernant : 1) **la priorisation des vaccins et des antiviraux**; 2) **les interventions non pharmaceutiques de distanciation sociale qui limiteraient les libertés individuelles**. La question du devoir des professionnels de la santé d'assurer des soins durant une pandémie et la question de fournir une protection légale aux professionnels de la santé à qui on demande d'œuvrer en dehors de leurs champs de responsabilités habituels durant une crise de santé publique déclarée, ont été soulignées comme étant d'une importance capitale, mais hors du mandat de ce comité.

Recommandations concernant la distribution de vaccins et médicaments antiviraux

Les individus et les groupes de personnes essentiels pour préserver l'infrastructure critique devraient se voir accorder la plus haute priorité dans la distribution de ces ressources. Les principaux objectifs de tout système de distribution « devraient être clairement spécifiés et les critères de distribution devraient contribuer à les atteindre, tout en maximisant l'équité du processus de distribution » (*Ibid.*, p. 6). « L'égalité d'accès aux ressources devrait être assuré à l'intérieur de chacun des groupes reconnus comme étant prioritaires et les interventions les moins restrictives, mais susceptibles d'être efficaces » (*Ibid.*, p. 6) devraient être favorisées par respect pour l'autonomie individuelle.

Les plans de distribution devraient spécifier :

- Quels biens rares sont impliqués dans le plan de distribution?
- Qui (ou quelle agence) décidera de la priorisation et de la distribution?
- Quel mécanisme sera utilisé en cas de désaccord ou d'appel?
- Qui est éligible en tant que bénéficiaire?
- Quels sont les critères utilisés pour définir les priorités entre groupes d'individus?

(*Ibid.*, p. 6-8)

Mesures limitant les libertés ou de distanciation sociale

Les mesures limitant les libertés ou de distanciation sociale devraient être volontaires autant que possible. Elles ne devraient être imposées que dans le cas où des mesures volontaires s'avèreraient vraisemblablement inefficaces. Des dispositions devraient être prises pour s'assurer que les services de soutien nécessaires soient fournis à la population touchée (« accès adéquat à de la nourriture, à de l'eau et aux autres services essentiels »).

L'adoption de mesures restreignant les libertés devrait être justifiée, communiquée clairement à la population et devrait être basée sur les meilleures données scientifiques prouvant que :

- Les mesures restreignant les libertés permettront d'atteindre l'objectif prévu;
- La restriction est proportionnelle et aucune mesure moins restrictive n'est susceptible d'être aussi efficace;
- Ne pas imposer ces mesures aurait vraisemblablement des conséquences graves pour le fonctionnement de la société ou pour le bien-être de la population.

Les mesures restreignant les libertés devraient être contrebalancées par la protection des droits individuels :

- Il ne devrait y avoir aucun empiètement non nécessaire sur la vie privée et les mécanismes préservant la confidentialité des informations personnelles devraient être sécuritaires;
- Des mesures devraient être prises pour protéger les personnes contre la stigmatisation;
- Des mesures devraient être prises pour éviter qu'un fardeau inéquitable soit porté par certains individus ou groupes;
- Les mesures restreignant les libertés devraient être appliquées équitablement;
- Une procédure d'appel devrait être mise en place pour les personnes affectées.

(*Ibid.*, p. 8-11)

Un autre rapport, également produit par un comité spécialisé et conçu principalement pour un auditoire américain, élargit la discussion à la fois à l'allocation/distribution de ressources rares, mais aussi au problème des droits et obligations du patient et du prestataire durant une pandémie. Le rapport du United States Institute of Medicine (IOM) (Institut américain de médecine), *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations* (2009) (Un guide pour l'établissement de standards de soins en cas de crise) a pour « but d'aider les responsables de la santé publique locaux et des États ainsi que les établissements et les praticiens de la santé à développer des politiques et des protocoles systématiques et complets sur des standards de soins en cas de crise ou désastre, lorsque les ressources sont rares » (IOM, 2009, p. 10). Ce rapport résume une série de discussions en ateliers portant sur les politiques et les protocoles de standards de soin les plus appropriés et permettant le mieux de protéger la santé de la population, au cas où le virus AH1N1 2009 conduirait à une crise majeure de santé publique (une crise où des milliers, peut-être même des centaines de milliers de gens à travers le pays auraient soudainement besoin de soins médicaux et pousserait le système de santé dans ses derniers retranchements).

Le rapport de l'IOM propose une vision des standards de soins en cas de crise : **juste, équitable et transparente**; et inclus des critères pour déterminer quand ces standards devraient s'appliquer ainsi que « les éléments clés qui devraient être inclus dans les protocoles de standards » (*Ibid.* p. 20). Le rapport souligne « qu'un cadre éthique sert de fondement pour les politiques publiques et que les tensions soulevées par différents principes éthiques exigent un examen attentif à la lumière « des valeurs et des priorités locales et des ressources disponibles ». Dans cette optique, on propose « un ensemble limité d'éléments essentiels qui reflètent les valeurs et les processus éthiques substantifs centraux et qui peuvent servir de modèle ou de point de départ pour les délibérations locales » (*Ibid.*, p. 27-28). Les valeurs éthiques proposées incluent le concept **d'équité et de devoir de soigner des professionnels et de bonne intendance face aux ressources**. Les éléments du processus éthique proposés incluent **la transparence, la constance, la proportionnalité et l'imputabilité**.

2.5 SÉLECTION DE PLANS DES ÉTATS-UNIS

Pour une liste complète, veuillez suivre le lien suivant : <http://www.flu.gov/professional/states/stateplans.html> (en anglais seulement).

Pour une recension et une évaluation des orientations éthiques incluses dans les plans de lutte pandémique des États américains, voir Thomas, Dasgupta et Martinot (2006) (en anglais seulement). Cette étude révèle une « absence frappante de langage éthique » ainsi qu'un manque d'instructions pratiques pour prendre des décisions éthiques, deux signes qui, selon les auteurs, montre « une sensibilité sous-développée aux questions éthiques soulevées par une pandémie » dans la vaste majorité de ces plans, qui seraient « plus souvent qu'à leur tour... opaque dans leur raisonnement éthique ». Les trois plans suivants (Californie, Nouveau-Mexique et Minnesota) sont parmi les quelques plans ciblés par les auteurs comme offrant les sections les mieux développées et articulées en regard de la prise de décision éthique au cours d'une pandémie.

2.5.1 **California Department of Health Services (CDHS) Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan (Californie, 2006)**

Ce plan, *California Department of Health Services (CDHS) Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan* (Plan de préparation et de réponse à une pandémie d'influenza du ministère des Services de santé de la Californie) disponible en anglais seulement, offre un cadre pour les activités de préparation, de lutte et de rétablissement devant la pandémie d'influenza du California Department of Health Services (CDHS). Ses objectifs dominants sont de « **réduire la morbidité, la mortalité, les perturbations sociales et économiques causées par la pandémie** », conformément à la mission du CDHS qui est de « protéger et améliorer la santé de tous les Californiens » (CDHS, 2006, p. 1). Ce plan de lutte pandémique est le seul plan américain à inclure une description des approches égalitariste et utilitariste de l'allocation de ressources médicales rares. Le plan californien est également notable parce qu'il décrit une stratégie de politique pour développer des recommandations pour un processus décisionnel qui aborde explicitement les tensions entre ces deux approches. Le processus, expliqué par un guide de présentation et par un outil de sondage (en anglais seulement) de l'Université de la Californie-Berkeley (2006), encourage l'analyse simultanée des multiples objectifs, critères et alternatives pertinents pour prioriser l'accès à des ressources limitées. Il décrit également les étapes nécessaires pour mener des consultations avec des commissions d'experts chargés de justifier le choix des objectifs, des stratégies et de groupes cibles.

2.5.2 **New Mexico Pandemic Influenza Operational Plan (Nouveau-Mexique, 2008)**

Ce plan, *New Mexico Pandemic Influenza Operational Plan* (Plan opérationnel du Nouveau-Mexique pour faire face à une pandémie d'Influenza) disponible en anglais seulement, met de l'avant trois objectifs pour guider les activités de l'État face à une pandémie d'influenza au Nouveau-Mexique : a) « **s'assurer de la continuité du fonctionnement des agences gouvernementales de l'État**; b) **protéger les citoyens**; c) **maintenir/soutenir 17 secteurs d'infrastructures critiques et d'actifs clés** » (New Mexico Department of Health [NMDOH], 2008, p. 19). Contrairement à de nombreux autres plans, celui du Nouveau-Mexique n'a pas été formulé par une agence spécifique ou un comité spécialisé, mais plutôt à travers un processus de planification décentralisée. Ce processus a permis à 27 agences gouvernementales de participer au développement d'un volumineux plan complet de 900 pages. Cette stratégie décentralisée, un exemple d'inclusion et de participation, a également été conçue pour familiariser toutes les agences étatiques et leur personnel aux principes et aux stratégies clés. Elle visait également à favoriser le développement d'activités de planification collaboratives et intégrées ainsi que le développement d'inventaires de chaîne d'approvisionnement partagés.

Le plan du Nouveau-Mexique fait référence à un court document de 12 pages, intitulé *Guidance and Matrix* (Guide d'orientation et matrice éthique) (NMDOH, 2006). Celui-ci décrit une approche pour aborder la réflexion et la prise de décision éthiques avec laquelle les responsables « devraient être familiers » (NMDOH, 2006, p. 7).

Le document vise à offrir une orientation et des ressources au personnel du New Mexico Department of Health qui participe directement ou indirectement au processus décisionnel éthique durant une crise de santé publique. On les y encourage à examiner les questions éthiques soulevées par le processus de délibération avant d'établir la marche à suivre. Le document propose d'abord un vocabulaire commun et un cadre de référence pour soutenir le processus décisionnel. Chaque principe éthique d'importance est clairement identifié et expliqué. On propose ensuite des questions et des étapes d'application spécifiques afin de guider l'examen des considérations pratiques associées à l'application de 9 principes éthiques clés lors de toute urgence de santé et ainsi fournir une voie claire pour aboutir à des décisions ou des recommandations (*Ibid.*, p. 2).

Ce document insiste sur le fait que les 9 principes clés « doivent être appliqués à toutes décisions difficiles pertinentes à l'état de préparation, à la prévention, à la lutte et au rétablissement » (*Ibid.*, p. 6). Ces principes, malgré l'exclusion notable du principe de solidarité, sont tirés directement du document *Ethics and SARS: Learning Lessons from the Toronto Experience*, publié en 2003 par le Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto.

Le document *Ethics Guidance and Matrix* incite également les autorités « à démontrer leur engagement face à une pratique éthique dans leur sphère de responsabilité en adoptant trois comportements clés » :

1. **Identifier et communiquer avec clarté les principes éthiques** à prendre en considération dans la gestion d'une crise de santé publique;
2. **Poser les questions susceptibles de soulever des préoccupations éthiques** de la part des subordonnés, des partenaires externes, des collègues et des groupes d'acteurs;
3. **Créer et maintenir un climat encourageant les autres à exprimer leurs préoccupations** pour que les principes éthiques puissent être débattus ouvertement et appliqués à toute action ou recommandation proposée.

(NMDOH, 2006, p. 8)

2.5.3 Minnesota Department of Health (MDH) Pandemic Influenza Plan (Minnesota, 2006)

L'objectif du plan de préparation à une pandémie d'Influenza du ministère de la Santé du Minnesota, disponible seulement en anglais, est de fournir une réponse complète et coordonnée à l'échelle de l'État afin de « **réduire la morbidité, la mortalité et les perturbations sociales et pour s'assurer d'un fonctionnement ininterrompu des services essentiels du gouvernement** » (Minnesota Department of Health [MDH], 2006, p. 10). Bien que le plan dans son état actuel ne contienne aucun cadre éthique, le dernier de ses neuf objectifs principaux est de « s'assurer que les recommandations faites durant la pandémie soient basées sur un cadre éthique solide et reconnu » (MDH, 2006, p. 10). Un sommaire de considérations éthiques de quatre pages est proposé en annexe : *Ethical Considerations Summary*. Ce sommaire établit la base du plan du MDH pour répondre aux préoccupations éthiques non identifiées dans le plan national du US Department of Health and Human Services (DHHS) et pour développer « un cadre éthique destiné aux décideurs pouvant être utilisé pour promouvoir la compréhension de la population, sa confiance et son

adhésion » (*Ibid.*, p. 251). Ceci doit principalement être accompli par le biais de la création de groupes de consultation multidisciplinaires et inter-ministériels (avec une participation du public). Ce sommaire de considérations éthiques identifie **le cadre de priorisation** (pour les vaccins, les antiviraux, les ressources médicales limitées et les lits d'hôpitaux) et **le devoir des travailleurs de la santé de fournir des soins** comme des éléments clés à étudier et suggère que **la communication publique** et **la flexibilité** (incluant la transparence) soient des questions afférentes « cruciales pour réussir la mise en application des décisions difficiles qui doivent être prises ».

La stratégie de consultation du Minnesota a conduit à la formation de groupes qui ont depuis publié deux documents détaillés reliés au rationnement des ressources de santé durant une pandémie qui viennent compléter la planification et les politiques de l'État. Ces deux rapports sont résumés brièvement ci-dessous.

For the Good of Us All: Ethically Rationing Health Resources in Minnesota in a Severe Influenza Pandemic (Vawter, D. E., Garrett, J. E., Gervais, K. G., et al., 2009)

(Pour notre bien à tous : Rationner de façon éthique les ressources en santé au Minnesota lors d'une pandémie sévère d'Influenza [en anglais seulement])

Ce rapport contient des cadres de rationnement distinct pour chacune des ressources suivantes : médicaments antiviraux, respirateurs N95, masques chirurgicaux, vaccins pandémiques et ventilateurs mécaniques. Les cadres proposent généralement un ensemble de lignes directrices pour prioriser différents groupes dans la population et un autre ensemble pour prioriser les travailleurs clés. Ce rapport contient également des informations générales sur une pandémie d'influenza, sur le processus utilisé et les présomptions faites par l'équipe responsable du projet et les activités de suivi recommandées (Schnirring, 2009).

Implementing Ethical Frameworks for Rationing Scarce Health Resources in Minnesota during Severe Influenza Pandemic (DeBruin, D. A., Parilla, E., Liaschenko, J., et al., 2009)

(Mettre en oeuvre des cadres éthiques pour le rationnement de ressources rares en santé lors d'une pandémie sévère d'influenza au Minnesota [en anglais seulement])

Ce rapport offre des recommandations quant aux problèmes reliés à l'application pratique des cadres éthiques en matière de rationnement en cas de pandémie d'influenza. Bien que de tels cadres éthiques jouent un rôle important dans la planification et la réponse à une pandémie, des questions importantes demeurent néanmoins sur la manière de les mettre en pratique dans le contexte extrêmement complexe de la planification et de la réponse concrètes face à une pandémie. Ces recommandations concernent de vastes problèmes pratiques qui traversent les cadres éthiques (Schnirring, 2009).

Les enjeux couverts comprennent l'accès équitable aux ressources, les critères d'éligibilité pour accéder aux ressources, les pouvoirs en cas d'urgence, les normes de soins, la mise en oeuvre des critères de rationnement, la protection du public, la consultation éthique et les soins palliatifs.

2.6 PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE LUTTE « PANDÉMIE GRIPPALE » (FRANCE, 2009)

L'objectif principal de ce plan est de protéger la population française en métropole et outre-mer (ainsi que les ressortissants français à l'étranger) contre une menace de pandémie. Ceci requiert : **la préparation; la détection et l'intervention précoces pour limiter la progression d'un nouveau virus; le respect des engagements internationaux de la France; assurer le meilleur accès possible aux moyens de prévention et aux soins; assurer les fonctions essentielles du gouvernement, de la sécurité et de la société** (pour le maintien de l'ordre et de la loi et de l'activité économique); **préserver le lien de confiance entre la population et les autorités** (en particulier grâce à une communication bien coordonnée, transparente et continue); et **apprendre des événements réels et des mesures prises nationalement et internationalement** (afin d'améliorer tout ce qui précède) (Secrétariat Général de la Défense Nationale, 2009, p. 4).

Parmi les nombreux objectifs figurant dans la « stratégie générale de préparation et de réponse » du plan français, on trouve celui de **veiller à maintenir un consensus social autour de principes éthiques**. Notant qu'une pandémie sévère est une situation exceptionnelle, le plan met l'emphase sur : (1) la définition des priorités d'accès aux services de santé; (2) un effort de solidarité à tous les niveaux et (3) un engagement de la part de ceux dont le mandat implique un contact direct avec les patients. Les valeurs éthiques communes considérées comme essentielles pour la préservation de la cohésion sociale sont les suivantes :

- Devoir de **solidarité à tous les niveaux**, depuis le niveau international jusqu'au niveau local;
- **Devoir de fournir des soins des professionnels de santé, devoir de la société de les protéger, ainsi que leurs familles et ceux que leur fonction conduit à s'exposer** (y compris les collaborateurs occasionnels du service public) **et le devoir d'assurer l'avenir des familles de ceux qui auraient été victimes de la maladie;**
- **Approche éthique dans l'élaboration des priorités d'accès aux ressources limitées**, y compris en matière de produits de santé et **affichage de ces priorités** dès lors qu'elles sont arrêtées;
- **Rejet de la stigmatisation** des malades isolés ou des personnes maintenues en quarantaine;
- **Devoir pour chacun de participer, autant que faire se peut, à l'effort** de continuité de la vie du pays.

(*Ibid.*, p. 9)

2.7 AUSTRALIAN HEALTH MANAGEMENT PLAN FOR PANDEMIC INFLUENZA (AHMPPI) (AUSTRALIE, 2008)

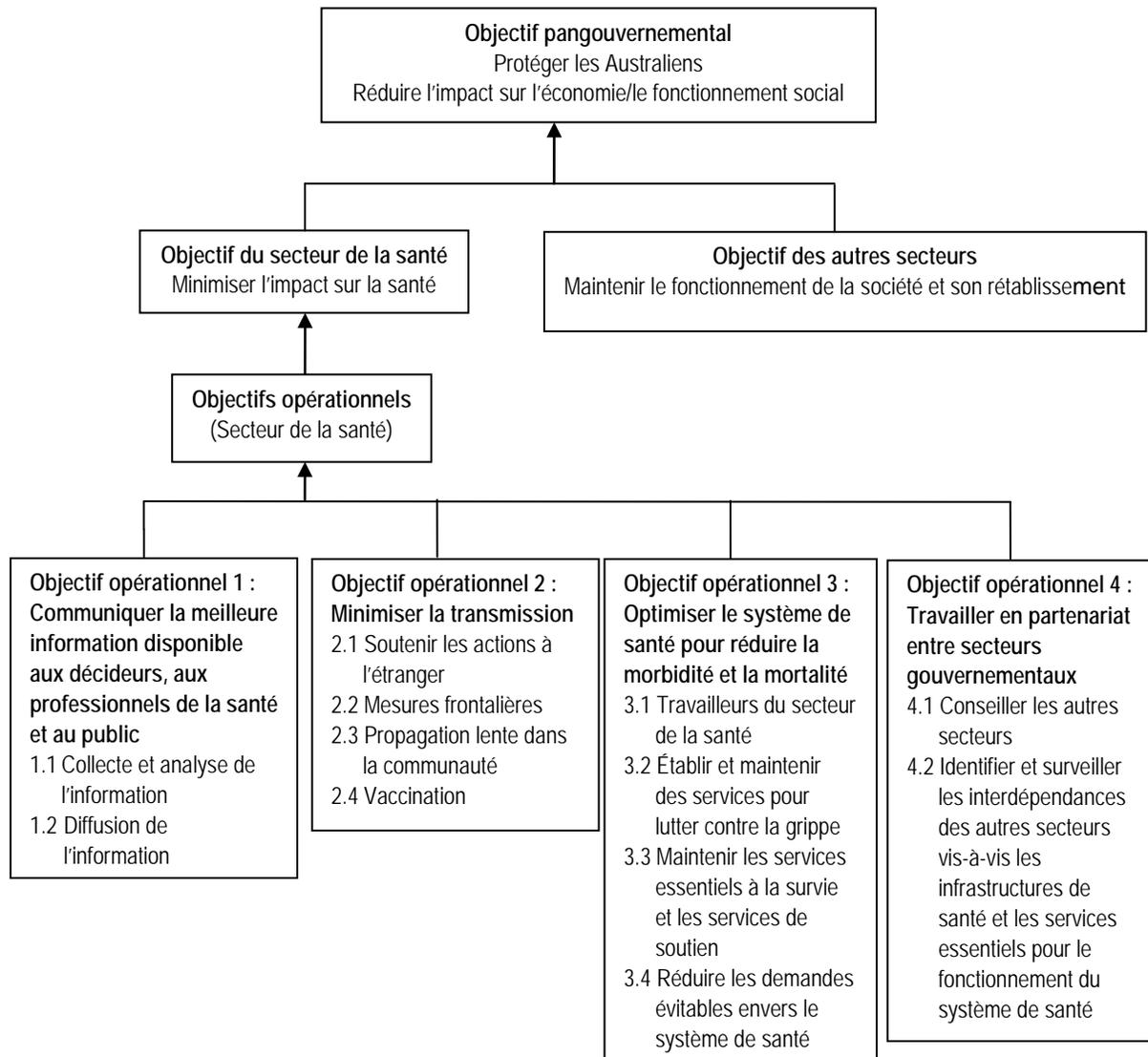
L'objectif général du *Australian Health Management Plan for Pandemic Influenza (AHMPPI)* (Plan australien de gestion de la santé en cas de pandémie d'influenza), disponible en anglais seulement, qui fournit « un cadre à l'échelle de l'ensemble de l'administration, est de **protéger les Australiens et de réduire l'impact de la pandémie sur la vie sociale et**

économique ». Le but du secteur de la santé est plus spécifiquement de « **minimiser l'impact d'une pandémie d'influenza sur la santé et le secteur de la santé** » (voir tableau ci-dessous pour les détails) (Australia Department of Health and Ageing, 2008, p. 2). Le plan australien inclut un cadre éthique (*Ethical Framework*) pour orienter la réponse du secteur de la santé. Les neuf valeurs qui y sont proposées doivent être prises en considération lors de la planification et de la mise en œuvre de notamment parce que des décisions difficiles affectant toute la population (incluant la restriction de libertés individuelles, l'allocation de ressources limitées, la vie privée, la confidentialité, la fourniture de soins de santé et la sécurité des employés) devront être prises et parce qu'il pourrait y avoir des conflits entre les besoins collectifs et individuels. Ces valeurs éthiques sont :

- **Protection de la population** — s'assurer que la protection de l'ensemble de la population demeure une priorité de base;
- **Direction** — que les dirigeants fassent tout en leur pouvoir pour prendre de bonnes décisions, basées sur les meilleures données probantes disponibles;
- **Confiance** — que les décideurs dans le domaine de la santé fassent tout en leur pouvoir pour communiquer ponctuellement et de manière transparente, avec la population et avec le personnel du secteur de la santé;
- **Équité** — fournir les soins de manière équitable, en reconnaissant les besoins spéciaux, les valeurs culturelles et croyances religieuses des divers membres de notre communauté — ce qui est particulièrement important lorsque l'on fournit des soins de santé à des personnes vulnérables comme les peuples aborigènes et insulaires de Torres Strait qui sont de cultures et de langues très diverses;
- **Proportionnalité** — s'assurer que les mesures prises sont proportionnelles à la menace;
- **Réciprocité** — s'assurer que, lorsqu'on demande à des individus de prendre des mesures ou d'exercer des devoirs au bénéfice de l'ensemble de la société, leurs actes soient adéquatement reconnus et qu'ils répondent au besoin légitime, lorsque possible;
- **Fourniture de soins** — s'assurer que les praticiens de la santé soient capables de fournir des soins appropriés à la situation, correspondant à une pratique appropriée et au code de déontologie de leurs professions;
- **Libertés individuelles** — s'assurer que les droits des individus soient maintenus autant que possible;
- **Vie privée et confidentialité** des individus — un élément important qui devrait être protégé; cependant, dans des conditions extraordinaires comme une pandémie, il peut être nécessaire d'en restreindre certains éléments pour en protéger d'autres.

(*Ibid.*, p. 26-27)

Les objectifs dominants et opérationnels du AHMPPI sont présentés ci-dessous (*Ibid.*, p. 20) :



2.8 PLAN SUISSE DE PANDÉMIE INFLUENZA (SUISSE, 2009)

La Suisse, l'un des rares pays à s'être engagé (en 2006) à acheter des vaccins pré-pandémiques en quantité suffisante pour couvrir toute sa population, a demandé à sa Commission nationale d'éthique (CNE) d'aider à clarifier les problèmes éthiques soulevés par la distribution de ressources rares dans la prévention et le traitement d'une pandémie d'influenza. Le rapport de cette démarche, « Enjeux éthiques », a été préparé en 2007, puis intégré dans le Chapitre 10 du plan national suisse. Ce chapitre réitère les objectifs fondamentaux de la Suisse durant une pandémie, « préserver la vie humaine et minimiser le nombre de victimes; il faut faire en sorte que le moins possible de personnes décèdent de la grippe » et affirme que « **La protection de la vie et la solidarité constituent le cœur des valeurs éthiques en jeu dans la lutte contre une pandémie** » (Office fédéral de la santé publique, 2009, p. 235). Le plan suisse réfère constamment à l'équité, à l'imposition de

mesures de santé publique appropriées et au respect des droits individuels pour gérer un contexte de potentielle pénurie, où chacun est exposé de façon inégale au risque. Le plan insiste également sur l'importance d'une variété de valeurs éthiques supplémentaires :

- **Protection de la vie** — est le « le but visé par la planification préventive et par toute mesure prise lors d'une pandémie »;
- **Solidarité** — « faire cause commune, soutenir les personnes ayant besoin d'aide et unir ses efforts en vue d'écarter la menace. [...] Toutes ces informations doivent partir du principe que les membres de la collectivité souhaitent agir de manière solidaire, dans la mesure où ils le peuvent; il ne faut pas partir de l'idée contraire, c'est-à-dire que l'esprit de solidarité ferait a priori défaut »;
- **Liberté individuelle** – « la limitation de la liberté est justifiée uniquement s'il n'est pas possible d'atteindre les mêmes résultats par d'autres mesures ne restreignant pas la liberté »;
- **Principe de proportionnalité** – « le poids des mesures doit être en relation directe avec le risque pour la santé publique et le bénéfice escompté. La sphère privée : des indications personnelles d'ordre privé ne doivent être dévoilées que si cela s'avère nécessaire pour la santé publique, et en prenant soin d'éviter toute stigmatisation »;
- **Équité** – « les moyens destinés à la prévention et au traitement doivent être répartis de manière équitable. Cela signifie notamment que des privilèges ou des désavantages sociaux ne doivent pas influencer la distribution de ces moyens »;
- **Sphère privée** – « des indications personnelles d'ordre privé ne doivent être dévoilées que si cela s'avère nécessaire pour la santé publique, et en prenant soin d'éviter toute stigmatisation »;
- **Équité** – « les moyens destinés à la prévention et au traitement doivent être répartis de manière équitable. Cela signifie notamment que des privilèges ou des désavantages sociaux ne doivent pas influencer la distribution de ces moyens »;
- **Confiance** – « elle présuppose que la population ait foi en la bonne volonté et en la compétence des responsables. La confiance n'est pas *aveugle*, mais résulte du bien-fondé éthique et de la transparence des décisions ».

(*Ibid.*, p. 234-235)

« Protéger la vie » est une telle priorité dans le plan suisse que, contrairement à la plupart des autres plans, **éviter la rareté de ressources** (et les décisions de triage qu'elle impose aux responsables) est explicitement identifié comme un impératif : « Si une pénurie des moyens destinés au traitement et à la prévention d'une pandémie d'influenza apparaît, **tout doit être mis en œuvre pour accroître la quantité de moyens disponibles**. Si cela s'avère nécessaire, des moyens provenant d'autres domaines, moins vitaux, doivent être mobilisés à cet effet » (Office fédéral de la santé publique, 2009, p. 234); et « toutes les ressources disponibles doivent être mobilisées afin d'augmenter l'offre » (Office fédéral de la santé publique, 2009, p. 236).

L'équité, l'impartialité, l'égalité de chaque vie et le respect sont des valeurs mises de l'avant dans le plan suisse pour démontrer que « si les ressources nécessaires pour traiter correctement tous les patients ne sont pas disponibles, alors une décision réellement **équitable** n'est plus possible (puisque la notion d'équité signifie qu'il faudrait traiter tous les malades en fonction de leurs besoins). Il faut alors rechercher « la solution la moins injuste possible » (Office fédéral de la santé publique, 2009, p. 235). Ce type de solution pourrait permettre de contenir la propagation de l'infection et sauver le plus grand nombre de patients en danger de mort, mais n'accorderait pas un traitement préférentiel aux patients atteints d'influenza par rapport à d'autres patients requérant des soins intensifs. Selon le chapitre 10, le rationnement doit être basé sur les critères suivants, qui assurent que les décisions soient raisonnables et révisables :

- **La transparence** des mesures prises : elles doivent être expliquées et justifiées;
- **Leur utilité pour la santé** : les mesures doivent se fonder sur l'état des connaissances scientifiques;
- **Leur applicabilité** : les mesures doivent être aptes à atteindre le plus grand nombre possible de personnes;
- **Leur adaptabilité** : une fois prises, les décisions doivent pouvoir être revues et adaptées en fonction des expériences et des nouvelles connaissances acquises.

(*Ibid.*, p. 236)

Considérant que le manque de moyens thérapeutiques se fait de plus en plus sentir au fur et à mesure que la pandémie progresse, le plan suisse fait appel à une **approche par phases au niveau de la distribution de ressources médicales limitées**. Dans une première phase, les personnes seront traitées selon leur ordre d'arrivée. Lorsque ce n'est plus possible de traiter tout le monde, les ressources sont réservées aux malades dont l'état est le plus préoccupant. Dans la troisième phase, qui correspond au triage en médecine de guerre et des catastrophes (quand il n'est plus possible de soigner tous les malades dont la vie est en danger), on traitera en priorité ceux d'entre eux pour lesquels le traitement offre les plus grandes chances de survie, et les personnes pour qui le pronostic est désespéré ne recevront que des soins palliatifs (*Ibid.*, p. 37).

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>.
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Cadre de priorisation des vaccins pandémiques*. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>.
- Assembly of First Nations. (2007). *First Nations Public Health: A Framework for Improving the Health of Our People and Our Communities*. Consulté en ligne à : <http://fnpublichealth.ca/wp-content/uploads/PDF/FNPB-IH.pdf>.
- Atlantic Provinces Public Health Collaboration pour le Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection. (2007). *PH 101: An Introduction to Public Health, Government of Nova Scotia*. Consulté en ligne à : <http://www.gov.ns.ca/HPP/publications/PH-101.pdf>.
- Comité d'éthique de santé publique du Québec. (2006). *Avis du Comité d'éthique de santé publique. Volet santé publique du Plan Québécois de lutte à une pandémie d'influenza-Mission santé*. Consulté en ligne à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1132_Volet_sante_publique_Plan_quebecois_lutte_pandemie_influenza.pdf.
- Dawson, Angus. (2008). The Steward of the Millian State. *Public Health Ethics*, 1 (3), 193-195. Consulté en ligne à : <http://phe.oxfordjournals.org/content/1/3/193.full>.
- Department of Health and Ageing. (2008). *Australian Health Management Plan for Pandemic Influenza*. Government of Australia. Consulté en ligne à : [http://www.health.gov.au/internet/panflu/publishing.nsf/Content/8435EDE93CB6FCB8CA2573D700128ACA/\\$file/Pandemic%20FINAL%20webready.pdf](http://www.health.gov.au/internet/panflu/publishing.nsf/Content/8435EDE93CB6FCB8CA2573D700128ACA/$file/Pandemic%20FINAL%20webready.pdf).
- Department of Health Services. (2006). *Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan*. California Government. Consulté en ligne à : <http://www.cdph.ca.gov/programs/dcdc/Documents/CDHSPandemicInfluenzaPlan2006.pdf>.
- DeBruin, D. A., Parilla, E., Liaschenko, J., et al., for the Minnesota Pandemic Ethics Project. (2009). *Implementing Ethical Frameworks for Rationing Scarce Health Resources in Minnesota during Severe Influenza Pandemic. Preliminary report*. Consulté en ligne à : <http://www.canprep.ca/library/RationingHealthResources.pdf>.
- Kinlaw, K. et Levine R. for the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Ethical Guidelines in Pandemic Influenza*. Consulté en ligne à : www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/panFlu_Ethic_Guidelines.pdf.
- Melnychuk, R. for the Nova Scotia Department of Health. (2007). *Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan: Ethical Considerations and Decision-Making Framework*. Government of Nova Scotia. Consulté en ligne à : http://gov.ns.ca/pandemic/docs/plan/reference1_Ethics_Framework.pdf.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003). *Programme national de santé publique du Québec*. Gouvernement du Québec. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza Mission Santé*. Gouvernement du Québec. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-235-05f.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée. (2009). *Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe en bref*. Gouvernement de l'Ontario. Consulté en ligne à : http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/emuf/pan_fluf/ohpipf/brief_08f.pdf.
- Minnesota Department of Health. (2006). *Pandemic Influenza Plan. Version 2.5, April, 2006*. Government of Minnesota. Consulté en ligne à : <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/diseases/flu/pandemic/plan/2006/mdhpanfluplan.pdf>.
- New Mexico Department of Health. (2006). *Pandemic Influenza Emergency Response. Ethics Guidance and Matrix, Attachment 12*. Government of New Mexico. Consulté en ligne à : <http://www.health.state.nm.us/ohem/documents/appendix%2012%20ethics%20Web%20Ready.pdf>.
- New Mexico Department of Health. (2008). *New Mexico Pandemic Influenza Operational Plan (NM PIOP)*. Government of New Mexico. Consulté en ligne à : http://nmhealth.org/FLU/docs/NM_PAN_FLU_OPS_PLAN_072008.pdf.
- New Zealand Ministry of Health. (2010). *New Zealand Influenza Pandemic Plan: A Framework for Action*. Government of New Zealand. Consulté en ligne à : [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/10073/\\$File/nzipap-framework-for-action-apr2010.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/10073/$File/nzipap-framework-for-action-apr2010.pdf).
- New Zealand National Ethics Advisory Committee. – Kāhui Matatika o te Motu (NEAC) (2007a). *Getting Through Together: Ethical values for a pandemic*. New Zealand Government. Consulté en ligne à : [http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1090/\\$File/getting-through-together-jul07.pdf](http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1090/$File/getting-through-together-jul07.pdf).
- New Zealand National Ethics Advisory Committee– Kāhui Matatika o te Motu (NEAC). (2007b). *Ethical Values for a Pandemic (quick-reference guide)*. New Zealand Government. Consulté en ligne à : [http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1090/\\$File/ethical-values-pandemic-insert.pdf](http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1090/$File/ethical-values-pandemic-insert.pdf).
- New Zealand National Ethics Advisory Committee– Kāhui Matatika o te Motu (NEAC). (2007c). *Guidance on Pandemic Ethics (quick reference guide)*. New Zealand Government. Consulté en ligne à : [http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1090/\\$File/guidance-pandemic-ethics-insert.pdf](http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1090/$File/guidance-pandemic-ethics-insert.pdf).
- Nova Scotia Department of Health. (2008). *Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan. Version 2*. Government Nova Scotia. Consulté en ligne à : http://www.gov.ns.ca/pandemic/pandemic_plan.asp.

- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public health: ethical issues*. Consulté en ligne à : <http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Public%20health%20-%20ethical%20issues.pdf>.
- Office fédéral de la santé publique. (2009). Plan suisse de pandémie Influenza. Stratégies et mesures en préparation pour le cas d'une pandémie d'influenza. Gouvernement de la Suisse. Consulté en ligne à : <http://www.baq.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=fr>.
- Ontario Ministry of Health and Long Term Care. (2008). *Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic*. Government of Ontario. Consulté en ligne à : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/pan_flu_plan.html#whole.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Les considérations éthiques dans l'élaboration des mesures de santé publique face à une pandémie de grippe*. Consulté en ligne à : http://www.who.int/eth/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2_fre.pdf.
- Schnirring, L. (2009, January 31). CIDRAP News Summarizes The Minnesota Pandemic Ethics Discussion Avian Flu Diary. [Blog]. Consulté en ligne à : <http://afludiary.blogspot.com/2009/01/cidrap-news-summarizes-minnesota.html>.
- Secrétariat Général de la Défense Nationale. (2007). *Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale »*. Gouvernement de la République Française. Consulté en ligne à : http://www.grippeaviaire.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_PG_2009.pdf.
- Thomas J. C., Dasgupta, N., Martinot, A. (2007). Ethics in a pandemic: a survey of the state pandemic influenza plans. *American Journal of Public Health*, April; 97 (Supplement 1):S26-31. Consulté en ligne à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854979/?tool=pubmed>.
- Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. 2006. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(12), dans Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Cadre de priorisation des vaccins pandémiques-Annexe 2, Principes éthiques pertinents à examiner*. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>.
- University of California Berkeley, School of Public Health. (2006). *Pandemic Influenza Vaccine Prioritization Survey Materials*. Consulté en ligne à : http://www.idready.org/pandemic_influenza/meeting_materials.php.
- University of Toronto Joint Centre for Bioethics. (2003). *Ethics and SARS: Learning Lessons from the Toronto Experience*. Consulté en ligne à : <http://www.yorku.ca/igreene/sars.html>.
- University of Toronto. Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group. (2005). *“Stand on Guard for thee”. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*. Consulté en ligne à : http://www.jointcentreforbioethics.ca/people/documents/upshur_stand_guard.pdf.
- Upshur R.E.G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 93 (2), 101-103.

- UK Department of Health. (2007a). Responding to pandemic influenza: The ethical framework for policy and planning. Government of the United Kingdom. Consulté en ligne à : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_080729.pdf.
- UK Department of Health. (2007b). Pandemic Flu-A National framework for responding to an influenza pandemic. Government of the United Kingdom. Consulté en ligne à : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_080745.pdf.
- United States Department of Health and Human Services (HSS) (2005). *HSS Pandemic Influenza Plan*. Consulté en ligne le 30 septembre 2010 : <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/pdf/HHSPandemicInfluenzaPlan.pdf>.
- United States Institute of Medicine. (2009). *Guidance for establishing crisis standards of care for use in disaster situations: A letter report*. Consulté en ligne à : <http://www.nap.edu/catalog/12749.html>.
- Vawter, D. E., Garrett, J. E., Gervais, K. G., *et al.*, for the Minnesota Pandemic Ethics Project. (2009). *For the Good of Us All: Ethically Rationing Health Resources in Minnesota in a Severe Influenza Pandemic. Preliminary Report*. Consulté en ligne à : <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/ethics/ethics.pdf>.

www.ccnpps.ca



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 