

De la théorie à la pratique : définir des principes et des cadres uniformes pour favoriser l'éthique en matière de santé des populations et de santé publique

*Atelier pré-congrès
Conférence annuelle de l'ACSP 2011*

*Présenté par :
Institut de la santé publique et des populations des IRSC
Bureau de l'éthique des IRSC
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques
et la santé
Bureau de la pratique en santé publique de l'ASPC
Santé publique Ontario*

*Montréal (Québec)
19 juin 2011*

Table des matières

Contexte et objectifs de l'atelier	1
Mot de bienvenue.....	2
Séance plénière – Présentations du groupe d'experts	2
1. Cadre d'éthique en santé publique : Introduction.....	2
2. Un cadre d'éthique pour les projets en santé publique	5
3. Éthique en santé publique dans le domaine : Ce que les praticiens souhaitent obtenir des cadres d'éthique	6
5. Discussion.....	8
Groupes de discussion : Étude de cas sur la réduction du sodium.....	10
1. Analyse de l'échelle d'intervention (du Nuffield Council on Bioethics).....	10
2. Analyse des conditions justificatives pour les interventions en santé publique (de Childress et coll.)	11
3. Cadre éthique pour la santé publique (de N.E. Kass)	12
4. Commentaires relatifs aux discussions en petits groupes.....	14
5. Aperçu des notes recueillies à chaque table	15
Séance plénière de clôture	16
Justice et cadre d'éthique pour la santé publique	16
Mot de la fin	18
Suivi de l'atelier et prochaines étapes	19
Annexes	20
1. Étude de cas hypothétique : Réduction de la teneur en sodium	20
2. Notices biographiques des conférenciers principaux	22

Contexte et objectifs de l'atelier

L'éthique en santé des populations et en santé publique se distingue en ce qu'elle met principalement l'accent sur : 1) les populations plutôt que les personnes; 2) un vaste éventail d'interventions souvent réalisées à l'extérieur des milieux de soins et du secteur de la santé, et 3) la prévention de la maladie. L'éthique en santé des populations met également l'équité à l'avant-plan, aborde la question des déterminants sociaux de la santé profondément ancrés (en amont) et examine les questions de santé dans le cadre de systèmes globaux interreliés.

Les cadres d'éthique en santé des populations et en santé publique ont été conçus pour influencer les mesures et les décisions concernant les politiques, les programmes et l'affectation des ressources, par exemple. Même si certains travaux ont été entrepris pour développer et peaufiner certains cadres de travail et principes sous-jacents de l'éthique en santé des populations et en santé publique, il subsiste des lacunes dans la compréhension, la conceptualisation et l'application de ces cadres de travail.

L'atelier sur les cadres d'éthique en santé des populations et en santé publique a été organisé conjointement par l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC), le Centre national de collaboration des politiques de santé publique (NCCHPP), le Bureau de l'éthique des IRSC, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), et Santé publique Ontario (SPO). Il a permis à ceux qui s'intéressent aux questions d'éthique en santé des populations et en santé publique d'examiner et d'évaluer des cadres et principes directeurs éventuels dans le domaine. L'atelier visait à faciliter la discussion sur les avantages des différentes approches en matière d'éthique pour la santé des populations, de même qu'une réflexion sur les implications des cadres d'éthique au Canada et ailleurs dans le monde. Axés sur un nombre limité de cadres de travail existants, les participants ont été invités aussi à réfléchir à des questions plus vastes, comme celles-ci :

- Un cadre d'éthique unique serait-il souhaitable ou possible?
- Dans l'affirmative, quelles en seraient les conditions?
- Quels principes d'éthique globaux devraient orienter les processus décisionnels et les interventions en santé des populations et en santé publique?
- Quels principaux intervenants devraient contribuer à l'avancement de ces travaux?

L'atelier avait pour objectifs particuliers de :

- renforcer chez les participants à l'atelier la capacité en éthique de la santé publique et des populations en examinant l'application de principes éthiques à une hypothétique

- étude de cas pertinente pour la recherche, la politique et la pratique en santé des populations;
- stimuler les échanges entre les participants à l'atelier sur les cadres d'éthique pour la recherche en santé publique et en santé des populations.

Mot de bienvenue

Dre Nancy Edwards, directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada

La **Dre Nancy Edwards** a souhaité la bienvenue aux participants et leur a expliqué que l'atelier avait deux objectifs. Le premier était d'établir une capacité en matière de recherche, de politiques et de pratique en santé des populations et en santé publique en considérant l'application des principes d'éthique dans les études de cas. Le deuxième était de stimuler la discussion quant aux cadres d'éthique entre les intervenants intéressés.

La Dre Edwards a demandé aux participants si leurs fonctions étaient axées sur la recherche, les politiques ou la pratique. Environ le tiers d'entre eux a levé la main pour chaque fonction. Puis, elle leur a demandé s'ils se considéraient comme des experts de l'éthique. Environ le tiers a répondu oui.

Séance plénière – Présentations du groupe d'experts

1. Cadre d'éthique en santé publique : Introduction

Dr Nicholas King, professeur adjoint, Département des sciences sociales en médecine; membre associé, Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill

Le **Dr Nicholas King** a déclaré que les cadres s'ajoutent aux autres modèles plus généraux en matière d'éthique, ou aux modèles qui servent à faire en sorte que les gens prennent les bonnes décisions.

Le premier modèle décrit par le Dr King est le modèle « Saint », aussi connu sous le nom d'éthique de la vertu. Ce modèle suppose qu'une personne vertueuse, ayant un bon tempérament, prendra de bonnes décisions. Selon le Dr King, ce modèle est inadéquat pour

trois raisons importantes. D'abord, la vertu est difficile à définir et il n'existe aucun consensus clair quant aux personnes autorisées à en définir les caractéristiques. Par exemple, les idéaux de la vertu pour l'homme et la femme (tels qu'ils ont été définis par l'homme) sont traditionnellement assez différents. Ensuite, il est difficile de s'assurer que chaque décideur est vertueux. La vertu peut-elle être enseignée ou est-elle innée? Finalement, de bonnes personnes peuvent prendre de mauvaises décisions.

Le Dr King a ensuite proposé le modèle Moses, aussi connu sous le nom de déontologisme, qui est fondé sur le respect des règles. Selon ce modèle, tant que les décideurs suivent les règles qui sont bonnes, les décisions seront également bonnes, même si elles sont prises par les mauvaises personnes, a-t-il expliqué. Le problème avec ce modèle est qu'il ne précise pas qui crée les règles et à qui elles s'appliquent. De plus, il ne prend pas en considération l'importance des résultats ou du contexte. Le respect des bonnes règles peut aussi entraîner de mauvais résultats, particulièrement si les décisions sont prises dans des circonstances qui n'avaient pas été envisagées par ceux qui ont établi les règles.

Le modèle de John Stuart Mill, ou conséquentialisme, a été la troisième proposition du Dr King. Il l'a appelé le modèle « la fin justifie les moyens », selon lequel les décideurs devraient viser à augmenter le plus possible les bonnes conséquences et à diminuer les mauvaises. Ce modèle présente également ses problèmes : qui décide de ce qui constitue une bonne conséquence? Devrait-on disposer d'une seule autorité morale ou chercher à parvenir à un consensus, a demandé le Dr King. En outre, de nombreuses personnes pourraient faire valoir que certaines actions sont catégoriquement mauvaises, peu importe les conséquences. Enfin, les conséquences ne peuvent pas toujours être prédites.

Compte tenu des critiques de ces modèles, le Dr King a fait remarquer que de nombreux éthiciens ont suggéré l'utilisation des cadres de travail comme solution de rechange. Il a défini les cadres de travail comme suit : l'éclaircissement d'un ensemble de valeurs dont il faut tenir compte lorsqu'on prend une décision, et une méthodologie servant à déterminer de quelle façon ces valeurs peuvent influencer une décision précise. Les cadres de travail nous obligent à nous interroger sur la place des valeurs dans la prise de décisions a poursuivi le Dr King en énumérant trois grandes catégories de valeurs.

La première catégorie concerne les droits civils ou individuels. Cela comprend le droit de voyager, le droit de refuser un traitement lors d'une pandémie naissante et le droit à la vie privée.

La deuxième catégorie de valeurs se rapporte à la justice. La justice suggère une proportionnalité, c'est-à-dire de s'assurer que la mise en œuvre d'interventions lourdes en santé publique est justifiée. La justice signifie également impartialité et équité. Si l'impartialité est impossible, la réciprocité doit être considérée, a expliqué le Dr King. Selon lui, lorsque nous ne

pouvons pas agir équitablement, nous devons pouvoir indemniser les gens pour la charge disproportionnée qu'ils ont dû subir.

La troisième catégorie de valeurs tourne autour de la participation du public aux procédures, affirme le Dr King. Cela comprend la prise de décision transparente, la participation publique aux décisions, la confiance publique dans les décideurs et la justification auprès du public de toutes les décisions.

Le Dr King a mentionné que bien que les cadres ne précisent pas d'attributs, de règles ou d'objectifs inconditionnels, ils précisent les questions. Plusieurs en sont donc venus à les considérer comme abstraits ou difficilement applicables puisqu'ils donnent peu d'indications quant aux décisions particulières à prendre.

Selon le Dr King, ce n'est pas le but des cadres de travail. Ils posent des questions, ils ne donnent pas de réponses. De plus, de nombreuses personnes croient que les cadres n'aident pas à établir les priorités des valeurs qui entrent en conflit. Bien qu'il soit d'accord, le Dr King explique que les cadres de travail existent pour générer des valeurs et non pour établir des règles fixes quant à celles qui doivent prédominer.

On reproche souvent aux cadres de n'être qu'une mise en scène ou un moyen de légitimer les décisions sans passer par l'auto-réflexion et la pensée critique, deux composantes nécessaires. Selon le Dr King, il s'agit d'une critique justifiée. Si vous les utilisez comme une mise en scène, alors ils le seront, mais si vous prenez le temps de les utiliser convenablement, ils pourront influencer vos décisions.

Bien que les cadres permettent de poser des questions au sujet de l'éthique, ils ne précisent pas la place qu'elle devrait prendre. Pourtant, il s'agit d'une information importante pour déterminer les interventions, les programmes ou la recherche en santé publique.

Le Dr King a affirmé que l'une des principales difficultés des cadres de travail est que plusieurs supposent une certitude que l'on voit rarement en pratique. En guise d'exemples, il a fait référence aux renseignements incohérents quant à l'ampleur de la menace du virus H1N1 et les dangers de l'obésité.

Il a conclu en disant que les cadres sont essentiels pour préciser les valeurs sous-jacentes à la prise de décisions en santé publique, mais ils ne prendront pas les décisions à la place des intervenants.

2. Un cadre d'éthique pour les projets en santé publique

Dr Don Willison, scientifique principal, Santé publique Ontario

Le **Dr Don Willison** a parlé des efforts déployés à Santé publique Ontario (SPO) pour développer un service de soutien en matière d'éthique pour la province. Il a expliqué que ce service aborderait la recherche et d'autres activités d'évaluation faisant intervenir les humains.

Il répondrait également à de nombreuses exigences actuelles, plus particulièrement à l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC-2). Selon le Dr Willison, lorsque ces nouvelles normes ont été instaurées en 2010, elles ont réorienté les lignes directrices autour de trois principes directeurs : le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice. SPO a élaboré sur ces principes de l'EPTC-2 en les interprétant du point de vue de la santé publique.

Le respect de l'autonomie est un important principe de l'EPTC-2, mais il n'est pas toujours prioritaire en santé publique. Nous ne sommes pas des êtres humains isolés, a précisé le Dr Willison, en faisant référence à la documentation sur l'autonomie relationnelle. Un point de vue individualiste prédomine dans l'EPTC-2, sauf lorsqu'il s'agit de collectivités autochtones. Selon lui, le respect des collectivités devrait être reconnu plus largement, autant en ce qui a trait à leur autonomie qu'à la préoccupation pour leur bien-être.

Il a examiné le principe de la justice en santé publique et a fait remarquer qu'il comporte une obligation positive de promouvoir l'équité. La réciprocité est selon lui aussi importante. Nous devons nous assurer de redonner à ceux qui prennent des risques ou qui se limitent pour le bien des autres, a-t-il précisé.

Le Dr Willison a ensuite présenté neuf grandes questions à poser au sujet de tout protocole proposé :

1. Quels sont les objectifs du projet? Dans quelle mesure sont-ils liés aux bienfaits possibles pour la santé publique?
2. La méthode proposée est-elle appropriée pour l'atteinte des objectifs?
3. Qui sont les bénéficiaires ciblés?
4. Quels sont les charges et les risques possibles? Dans quelle mesure les risques ont-ils été atténués ou minimisés?
5. À la lumière des bienfaits éventuels, les risques sont-ils justifiés?
6. La sélection des participants et des sources d'information est-elle juste et appropriée?
7. Le consentement individuel est-il justifié? Est-il possible? Est-il suffisant?

8. L'engagement de la collectivité est-il justifié? Est-il possible? Si oui, à quel niveau?
9. Quelles sont les implications du projet sur le plan de la justice sociale?

Le Dr Willison a affirmé que plusieurs de ces questions peuvent sembler évidentes. La perspective de la santé publique est révélée dans le texte d'accompagnement qui examine ces questions plus en profondeur. Par exemple, la question concernant les charges et les risques de la surveillance de la masse corporelle en milieu scolaire soulève d'autres questions quant à la stigmatisation de ceux qui font de l'obésité, aux conséquences néfastes éventuelles de la discussion avec les parents sur les résultats de l'étude, et à l'incidence de ce programme sur la relation entre les membres de la collectivité et les fournisseurs de soins de santé publique.

Des conflits surviendront et il se pourrait qu'une préoccupation doive être défendue plus qu'une autre à un certain moment. Toutefois, il n'y a aucune règle simple sur la façon dont les principes doivent être équilibrés lorsqu'ils interfèrent les uns avec les autres dans des circonstances précises. Aucun principe n'a une valeur prédéterminée plus importante que les autres. Les principes doivent toujours être complétés et mis en application en faisant preuve de jugement.

3. Éthique en santé publique dans le domaine : Ce que les praticiens souhaitent obtenir des cadres d'éthique

Christopher McDougall, agent de recherche, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Christopher McDougall a affirmé que les six Centres nationaux de collaboration en santé publique sont des courtiers du savoir qui mettent en relation les chercheurs, les praticiens et les décideurs. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) est l'un de ces six centres. Le volet éthique en santé publique de cette organisation vise à « soutenir l'intégration des outils éthiques en santé publique ».

M. McDougall a mentionné des exemples d'initiatives du CCNPPS liées à l'établissement de réseaux, à l'application des connaissances et au développement d'outils en vue d'intégrer l'analyse éthique aux processus d'élaboration des politiques. Il a ensuite présenté un aperçu des récents ateliers sur l'éthique du CCNPPS à l'intention des praticiens en santé publique. L'un de ces ateliers a exploré la difficulté de puiser des conseils pratiques servant à la prise de décision, lors de l'épidémie de grippe H1N1 2009, à partir des engagements éthiques et des principes endossés dans les cadres de travail éthiques déjà existants inclus dans les plans de préparation et de réponse, en présence d'une pandémie.

M. McDougall a ensuite abordé les conclusions préliminaires de ces ateliers, lesquelles ont généralement été privilégiées lors de l'intégration de l'analyse éthique à la routine et à la prise de décision d'urgence. Il a déclaré que la plupart des participants ont démontré un intérêt envers un aperçu global de ce qu'est la théorie morale et de la pertinence de celle-ci dans le cadre de la santé publique. Il a aussi affirmé que les participants préfèrent les ateliers qui fournissent des études de cas et qui leur permettent de délibérer au sujet de dilemmes éthiques précis en petits groupes. Les participants désirent également que ces ateliers soient appuyés par des ressources en ligne, ce qui leur permet d'explorer plus en profondeur des notions philosophiques clés. M. McDougall a mentionné que tous les participants aux ateliers sondés ont manifesté leur appui envers l'accès à un service de consultation sur l'éthique en santé publique. Finalement, il a fait référence aux résultats du questionnaire prouvant que les participants souhaitent avoir accès à des ressources et à des outils en matière d'éthique pour les aider à faire face à quatre problèmes précis : 1) la prise de décision dans des conditions d'incertitude empirique; 2) la gestion de l'ingérence politique dans la prise de décision en santé publique; 3) le respect de la diversité culturelle; 4) la gestion des problèmes de pénurie chronique de matériel.

Selon M. McDougall, un bon cadre de travail ne constitue pas une théorie morale, mais n'est pas non plus à l'opposé. Un tel cadre de travail doit d'abord être heuristique et pragmatique, en ce sens où il doit fournir une langue et un espace que les praticiens peuvent utiliser pour délibérer sur ce qui doit être fait et décider de la façon de le faire.

4. Réflexions sur l'analyse éthique de cas d'interventions en santé des populations

Dre Sarah Viehbeck, associée principale de l'évaluation, ISPP des IRSC

La **Dre Sarah Viehbeck** a partagé ses réflexions sur le récent travail effectué par l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC). Elle a mentionné la Série de débats et dialogues sur l'éthique en santé des populations de l'ISPP des IRSC (qui s'est tenue d'octobre 2010 à mai 2011). Au cours de cette série, les conférenciers étaient invités à analyser l'éthique liée aux études de cas sur les interventions en santé des populations. Les cinq concepts et principes les plus souvent mentionnés relativement à l'éthique en santé publique et en santé des populations lors de la récente Série de débats et dialogues concernaient la justice et l'équité sociale, les préoccupations relationnelles et la réciprocité, le bien commun, les principes de précaution et de préjudice, et l'engagement des citoyens.

L'importance du contexte lors des interventions en santé publique a été soulevée dans les discussions, a-t-elle affirmé. Le besoin d'appuyer les interventions était aussi important. Lorsque vous bannissez le tabagisme en voiture en présence d'enfants, comment aidez-vous les gens à cesser de fumer en réponse à cette intervention? a-t-elle demandé, avant d'ajouter qu'une intervention peut en créer une autre.

Une autre difficulté qui s'est dégagée de l'analyse des cas lors de la Série de débats et dialogues concernait les problèmes liés à l'étendue et à la nature de la preuve disponible (ou au manque de preuve) pour éclairer la prise de décision éthique relative aux interventions en santé des populations. Finalement, la Dre Viehbeck a affirmé que les interventions peuvent avoir des dimensions multiniveaux et multisectorielles qui influencent la pertinence des principes éthiques. Dans quelle mesure ces caractéristiques des interventions en santé des populations influencent-elles les considérations éthiques associées à ces interventions?

Les partenaires participant à l'atelier de l'ACSP travaillent également à l'élaboration d'un recueil de cas sur l'éthique à la suite d'un appel de cas lancé en juillet 2011 (<http://www.cihr.ca/f/44006.html>). Elle a mentionné que certains des cas examinés au cours de la Série de débats et dialogues virtuelle de 2010-2011 pour illustrer l'ampleur des cas pourraient être soumis pour le *Recueil de cas sur l'éthique en santé publique et en santé des populations*.

5. Discussion

Une participante a entamé la séance de discussion en énonçant que l'éthique devrait être étayée par un ensemble commun de valeurs. Elle a demandé aux panélistes s'ils croyaient que nous avions un ensemble commun de valeurs.

Le Dr King a énuméré les différences entre les valeurs de l'éthique en santé publique et celles de la bioéthique. Selon lui, l'interaction entre un médecin et son patient est axée sur l'autonomie du patient et sur le bon comportement du clinicien. À l'opposé, l'éthique en santé publique part de l'action de la population : d'un point de vue plus étendu, le bonheur des uns peut faire le malheur des autres, a-t-il mentionné. Pour cette raison, l'autonomie n'est pas une priorité en santé publique. Lorsque vous travaillez avec une population, vous pouvez vous retrouver dans des situations où les valeurs entrent en conflit. Ce qui importe est de déterminer ce qui doit être fait dans ces situations.

Le Dr Willison a ajouté que nous vivons dans une société de plus en plus cosmopolite qui n'a pas un ensemble commun de valeurs. Selon lui, cela pourrait créer une dissension entre les groupes quant à leur progression.

Un autre participant s'est renseigné auprès du Dr Willison à l'égard du service de soutien en éthique de la santé de son organisation, en précisant qu'il s'inquiétait du fait que l'éthique clinique était différente de l'éthique en santé publique et qu'il pourrait y avoir une différence énorme entre la théorie et les gens qui travaillent sur le terrain.

Le Dr Willison a dit être conscient de cette situation. C'est la raison pour laquelle SPO mettait l'accent sur la responsabilisation. Nous désirons responsabiliser les gens, nous ne voulons pas leur fournir une source centralisée de connaissances. Il a affirmé qu'ils avaient l'intention de travailler en collaboration avec des facilitateurs afin de générer l'échange de connaissances et la création de moyens de progresser.

Le Dr King a convenu que la théorie était différente de la pratique. Toutefois, il a ajouté qu'il était bien que les cadres de travail en santé publique ne représentent pas un ensemble de règles complexes à suivre, car il était impossible de formuler un ensemble de règles unique pouvant convenir à toutes les situations.

M. McDougall a expliqué que les participants à son atelier lui avaient demandé de former un service de soutien, mais qu'il avait de grandes réserves quant à la façon dont un tel service se déroulerait en pratique. Il a dit qu'ils avaient entamé l'élaboration d'un petit projet éthique d'accompagnement qui mettait moins l'accent sur les solutions administratives et qu'il ne s'agissait pas d'un modèle descendant.

Un participant a demandé ce que le Dr Snow aurait fait s'il avait dû aller en consultation publique avant de retirer le bras de la pompe à eau sur la rue Broad. Le Dr Snow a répondu que le bras serait probablement toujours en place. Il a poursuivi en disant trouver ce genre de paralysie d'analyse décevante, mais que les cadres de travail ne sont pas en mesure de fournir de solutions.

Groupes de discussion : Étude de cas sur la réduction du sodium

Le groupe a été divisé en six sous-groupes afin de discuter de l'étude de cas sur la réduction du sodium alimentaire au moyen d'un de trois cadres de travail en santé publique et en santé des populations (voir l'annexe 1). Après une heure de discussion, les groupes ont communiqué le résultat de leurs débats à l'animateur, accompagné de notes écrites. Voici un résumé de leurs observations :

1. Analyse de l'échelle d'intervention (du Nuffield Council on Bioethics)

Table 1

Notes : Kristiann Allen

L'échelle est trop limitée à une seule dimension. Elle serait plus appropriée pour les questions de réglementation des choix individuels que pour gérer l'interface entre le gouvernement et l'industrie. Avant tout, la discussion essentielle au sujet des valeurs est manquante et devrait précéder toute utilisation de l'échelle.

Cela dit, l'échelle a l'avantage d'être claire; elle est écrite dans un jargon employé par les représentants élus et les praticiens en santé. Par conséquent, elle sera utile pour traiter avec ces groupes. Tout de même, il serait facile pour les politiciens d'utiliser ce modèle de façon restrictive sans comprendre entièrement les données probantes liées au cas. Cela est d'autant plus vrai dans le cas sur la réduction du sodium, qui dispose de peu de données probantes.

Enfin, au lieu d'une échelle linéaire, la table a proposé une grille analytique plus complexe et plus nuancée, laquelle se composerait d'un axe des *abscisses* « collectivité ↔ prospérité » et d'un axe des *ordonnées* « liberté/choix individuel ↔ équité ».

Table 2

Notes : Don Willison

Ce cas présente plusieurs enjeux éthiques. L'enjeu est davantage lié aux producteurs d'aliments, car les consommateurs restent maîtres de choisir d'utiliser une salière. Le cas soulève des enjeux relatifs à l'équité puisque la réduction obligatoire de la teneur en sodium pourrait augmenter les coûts de production alimentaire, touchant ainsi les producteurs comme les consommateurs.

Si l'intervention se limite à la modification des étiquettes, l'enjeu relatif à l'équité demeure, car les personnes au faible taux d'alphabétisation sont touchées de manière disproportionnée.

Malheureusement, l'échelle n'est pas utile seule. Elle donne en effet peu d'indications pour susciter des discussions stimulantes. Elle ne touche qu'une seule dimension, c'est-à-dire l'acceptation des mesures par la population.

Une discussion relative aux valeurs et principes est plus utile que ce cadre limité. Un cadre complet devrait également inclure des discussions sur les données actuelles. Cela est particulièrement important pour le cas sur la réduction de la teneur en sodium, où elles manquent.

2. Analyse des conditions justificatives pour les interventions en santé publique (de Childress et coll.)

Table 3

Notes : François Benoit

Dans le présent cas, les enjeux éthiques sont principalement liés au point de vue des producteurs d'aliments. La plupart des interventions nécessiteraient que l'industrie change ses produits, impliquant ainsi des frais de recherche et de développement. Il est possible que d'autres pays ne rencontrent pas les mêmes restrictions; sur le marché international, les ventes de produits canadiens seraient donc touchés. Le cas soulève également des enjeux relatifs à la proportionnalité, c'est-à-dire les bienfaits plus grands sur la santé des populations par rapport aux droits de l'industrie.

Du point de vue du consommateur, la réduction de la teneur en sodium change peu de choses; il a en effet toujours la possibilité d'ajouter du sel à ses aliments. Toutefois, des options plus saines peuvent augmenter les coûts de production, ayant ainsi des répercussions négatives sur l'équité en santé pour les populations à faible revenu et vivant en milieu isolé.

Le cadre et l'étude de cas peuvent être améliorés. Le groupe de discussion a trouvé intéressantes les considérations morales évoquées dans la première partie du cadre, mais a jugé la seconde partie obtuse et technique. L'utilisation de termes plus largement compris améliorerait la situation. L'étude de cas s'est révélée trop complexe pour une séance de 45 minutes. Un participant a indiqué que la responsabilité de l'échec pouvait aussi leur incomber, car ils n'ont été ni linéaires ni efficaces dans leur approche.

Table 4

Notes : Ryan Melnychuk

L'enjeu principal, dans le présent cas, consistait à décider d'encourager une restriction de la teneur en sodium obligatoire ou volontaire dans les aliments transformés. L'industrie alimentaire aspire à l'autoréglementation et à l'étiquetage volontaire, tandis que le gouvernement opte pour une approche obligatoire.

Le cas soulève plusieurs enjeux éthiques. Le retrait de sel augmente les choix disponibles pour les consommateurs : il est en effet possible d'ajouter du sodium à un repas, mais il est plus difficile de retirer du sel d'aliments préparés. Il existe également des enjeux relatifs à l'équité. Un participant a considéré que des lignes directrices obligatoires augmenteraient l'équité, tandis que le fait de limiter les interventions au seul étiquetage des aliments serait inéquitable vis-à-vis des groupes à faible revenu, moins susceptibles de prêter attention aux étiquettes. Le retrait de sodium pourrait nécessiter d'élaborer de nouveaux agents de conservation, plus onéreux, dont le coût serait, à terme, refilé aux consommateurs.

Le cadre a aidé à analyser le cas. Il a permis à la table d'étudier différents aspects, ainsi que la manière dont ceux-ci touchent l'intervention. Il a permis de générer une discussion riche, ponctuée de nombreux points de vue différents.

Le cadre présente néanmoins quelques faiblesses. Il n'encourage pas les questions relatives à l'éthique ou aux valeurs. Il ne soulève pas l'enjeu relatif à l'équité. La question de la faisabilité manque à l'appel; elle est pourtant importante dans le présent cas, car la plupart des aliments consommés au Canada sont importés. La question de l'acceptation par la population n'est pas non plus abordée : la prescription de niveaux de sels pourrait susciter le tollé général, alors que la mise en place d'une diminution progressive de la teneur en sodium au fil du temps pourrait l'atténuer.

3. Cadre éthique pour la santé publique (de N.E. Kass)

Table 5 Notes :

Nancy Ondrusek

Une intervention pour la réduction de la teneur en sodium constituerait un fardeau pour l'industrie alimentaire et les consommateurs. L'industrie devrait modifier ses produits, générant ainsi une augmentation des coûts. La diminution du sel pourrait réduire la durée de conservation, créant ainsi des problèmes d'approvisionnement dans les magasins, obligés de remplacer leurs produits plus fréquemment. Cette opération pourrait également augmenter les coûts pour les consommateurs, obligés de jeter les aliments plus souvent. Étant donné que les

Canadiens aiment les aliments plus salés, les produits pauvres en sodium pourraient faire reculer le volume des ventes pour l'industrie alimentaire.

La table a réfléchi à la manière de diminuer ces fardeaux. L'option consistant à ajouter du sel, si désiré, permet de réduire le fardeau reposant sur les consommateurs. Des remboursements à l'intention des populations à faible revenu pourraient être établis si la réduction obligatoire augmente les coûts. Les fardeaux ressentis pourraient être réduits grâce à des initiatives d'éducation, expliquant les raisons pour lesquelles la réduction de la teneur en sodium est importante et présentant des manières de cuisiner en utilisant moins de sel.

Certains participants ont estimé que la réduction obligatoire de la teneur en sodium augmenterait l'équité. Étant donné que les enfants mangent beaucoup d'aliments transformés riches en sodium, la réduction obligatoire de la teneur en sodium profiterait à ce groupe vulnérable, dont la capacité à se discipliner est limitée. Les restrictions obligatoires sont plus justes que les restrictions volontaires. Dans le cas des restrictions volontaires, si les aliments pauvres en sodium étaient plus chers, il serait plus simple pour les populations riches de faire des choix plus sains.

Le cadre présentait quelques forces mais, de manière générale, ne permettait pas d'analyser correctement le cas. Il conduisait à une prise en compte plus systématique des enjeux. Il était suffisamment abstrait pour ouvrir la discussion sur différentes perspectives. Toutefois, il n'était pas suffisamment normatif ou directif. La question de l'efficacité ne permet pas de décider de la manière d'utiliser les données. La question de l'équité ne précise pas à qui elle s'adresse; ce cas doit également être examiné du point de vue de l'industrie et de la population. Le cadre ne clarifie pas les valeurs évoquées par les décideurs, qui pourraient influencer la manière d'aborder un enjeu, par exemple lors de la tentative d'opérationnaliser les principes acceptés.

Le cadre pourrait être amélioré de diverses manières. Premièrement, une question abordant les réflexions contextuelles pertinentes serait utile, par exemple les précédents en matière de réglementations similaires. Deuxièmement, une question portant sur la signification des interventions proposées pour les populations vulnérables devrait être ajoutée. Enfin, le cadre devrait demander si les données sont suffisantes et fournir des lignes directrices explicites sur la manière d'examiner les données actuelles.

Table 6, Notes :
Julie Sénécal

Toute intervention devrait conduire à des mesures générales, destinées aux consommateurs et aux producteurs. On entend par là des lignes directrices à l'intention de l'industrie alimentaire

et des initiatives d'éducation ciblant la population. Le principe de l'intervention la moins intrusive devrait être suivi.

La réduction de la teneur en sodium touche de nombreux secteurs. Tout d'abord, l'industrie alimentaire dans son ensemble doit changer. Puis, les autorités de la santé publique, les ONG, le gouvernement et les chercheurs ont tous un rôle à jouer. Enfin, la population canadienne est visée et les groupes à faible revenu le sont de manière disproportionnée.

Ce cas ne limite pas les libertés individuelles, car les gens pourront toujours ajouter du sel à leurs plats. Une quantité inférieure de sel dans les aliments pourrait diminuer aussi leur durée de conservation, créant ainsi d'autres problèmes. Un projet pilote devrait être mis à l'essai pour examiner de plus près ces problèmes.

Le cadre présente des forces et des faiblesses. Il permet de mettre en œuvre une approche systématique envers la prise de décision et aide à désigner les intervenants pertinents. Toutefois, il traite davantage de l'ensemble des données que de l'éthique et ne prend pas en compte les politiques.

Le cadre pourrait être amélioré de nombreuses manières. Il devrait encourager la comparaison entre différentes approches d'un problème particulier. Il devrait également prendre en compte les conséquences inattendues, y compris les effets différentiels, d'une intervention. Des sous-puces seraient utiles, invitant les personnes à envisager d'autres enjeux. Pour finir, il pourrait être plus simple d'examiner les valeurs et principes éthiques et de les appliquer à l'enjeu, plutôt que d'utiliser le cadre.

4. Commentaires relatifs aux discussions en petits groupes

Animateur : Dr Ryan Melnychuk, Agence de la santé publique du Canada

Un participant a estimé que l'analyse en demandait peut-être trop aux cadres. Les décisions en matière de santé publique sont prises en quelques semaines ou quelques mois. Vous ne pouvez pas étudier un problème comme celui-là en une heure, a-t-il ajouté. Le **Dr Ryan Melnychuk** a acquiescé, ajoutant que les cadres permettaient aux personnes de réfléchir à ces problèmes.

En premier lieu, nous devons en savoir plus sur les cadres, ensuite nous avons besoin d'un outil permettant d'accéder à certains des cadres, a indiqué un participant. Il a ajouté que le cadre n'avait pas permis à sa table d'approfondir le sujet pour débattre des enjeux éthiques.

Un participant a demandé si l'éthique en santé publique devait être prise en compte différemment en matière de recherches, de pratiques ou de politiques. Un autre participant a répondu que d'après lui, les pratiques et les politiques n'étaient pas dissociables. Bien souvent

dans notre pratique, sur le terrain, nous tentons de déterminer la politique, a-t-il ajouté. Le Dr Melnychuk a estimé que le fait d'intégrer la vision des praticiens dans l'élaboration des politiques représentait un défi intéressant.

Un participant a dit que l'étude de cas était trop compliquée pour une séance de courte durée. Il était important de choisir un thème plus simple, car les personnes présentes ne disposaient pas forcément du contexte. Il a, par exemple, mentionné que de nombreuses personnes ignoraient que l'industrie alimentaire plaidait en faveur d'une augmentation de la quantité de sel dans les céréales afin de garantir leur plus longue préservation, en raison des défis en matière de distribution que pose la superficie du Canada.

5. Aperçu des notes recueillies à chaque table

Les participants des différentes tables se sont accordés pour dire que même si les cadres avaient quelques forces, telles que la capacité à articuler les enjeux dans un langage clair et à adopter une méthode systématique envers la prise de décision, chaque approche était entravée par son incapacité à aborder l'enjeu d'après divers points de vue. Des participants ont critiqué l'incapacité des cadres à suivre une approche multisectorielle, dans laquelle les besoins des consommateurs, des producteurs d'aliments, des autorités de la santé publique, des ONG, du gouvernement et des chercheurs sont tous pris en compte.

D'autre part, tandis que certains ont estimé que les cadres pouvaient permettre de stimuler les discussions à propos de l'éthique et de l'équité, la plupart des participants ont admis que les cadres eux-mêmes ne réussissaient pas à aborder ces éléments essentiels de manière efficace. Des préoccupations ont été exprimées, disant que les cadres devraient se concentrer davantage sur les données actuelles afin de déterminer si elles sont suffisantes et de désigner les secteurs pour lesquels des données supplémentaires pourraient être nécessaires. Tous ont admis qu'une période plus longue serait nécessaire pour aborder efficacement les études de cas.

Séance plénière de clôture

Justice et cadre d'éthique pour la santé publique

Dr Norman Daniels, professeur en éthique et en santé des populations à l'École de santé publique de l'Université Harvard

Le **Dr Norman Daniels** a indiqué avoir assisté à une conférence durant laquelle de nombreux participants avaient estimé que peu de données confirmaient la nécessité de réduire la quantité de sodium. Le Dr Daniels a admis ce manque de données, précisant que des données sont nécessaires pour mettre en place des interventions.

Le Dr Daniels a déclaré que, d'après lui, les questions abordées lors de l'atelier étaient trop complexes pour être traitées dans le temps imparti, et que les cadres étaient blâmés pour ce manque de temps. Par ailleurs, il pensait qu'il était difficile de réfléchir au contexte du cas, cette situation ayant pu donner lieu à des critiques mal placées supplémentaires à propos des cadres.

Malgré les réactions négatives provenant des tables, le Dr Daniels a indiqué qu'il continuait à penser que les cadres sont utiles, car ils permettent aux gens de réfléchir aux valeurs sous-jacentes. Il a ajouté que les cadres varient dans la manière dont ils soulèvent les enjeux. Le cadre Kass pose des questions générales alors que le cadre Childress cite des objectifs ou des principes et que le cadre Nuffield présente de nombreuses discussions sur le rôle de l'État, a-t-il précisé.

Les désaccords soulevés lors des séances en petits groupes ont porté leur fruit. En général, les gens n'aiment pas les désaccords; ils veulent des réponses, a déclaré le Dr Daniels, mais un cadre ne devrait pas être traité comme un algorithme permettant d'obtenir des réponses, a-t-il précisé. Il a ajouté que les désaccords étaient importants dans le traitement des enjeux éthiques éventuels.

Le Dr Daniels a estimé que le rapport du Nuffield Council on Bioethics dépasse l'échelle d'intervention, traitée dans l'atelier. Le rapport propose un modèle de gérance complet de l'État, qui avait impressionné le Dr Daniels au moment de sa publication.

Il a expliqué que ce modèle de gérance mettait de l'avant un intérêt pour la justice et la politique en matière de santé qu'il partage. Nous avons commencé à comprendre que la santé d'une population constitue une mesure large de sa justice sociale, a-t-il indiqué. Le Dr Daniels a précisé que la santé doit être justifiée en tant que valeur morale, car elle est liée à une gamme grandissante de possibilités individuelles. Les personnes qui se préoccupent seulement de leur propre santé, mais pas de la répartition des emplois ou du logement, n'ont qu'une vision partielle, a-t-il déclaré, ajoutant que la justice sociale est bonne pour notre santé.

Le rapport Nuffield souligne deux objectifs relatifs à la politique en matière de santé, c'est-à-dire améliorer la santé des populations et distribuer les services de manière équitable, a indiqué le Dr Daniels. Il a ajouté que ces objectifs sont difficilement conciliables lorsque l'un d'eux est compromis au profit de l'autre. Afin d'illustrer cette tension, il a soulevé la question de la couverture universelle. Bien que la plupart des pays admettent la nécessité de faire appel à un système de soins de santé universel, le Dr Daniels a indiqué que son propre pays est un hors-la-loi sur ce sujet. Il a pointé du doigt l'immense pouvoir des intérêts privés, dressés contre la notion de droit à la santé.

Le Dr Daniels a déclaré que le rapport Nuffield soulignait le rôle de l'État quant à la garantie de conditions saines de base, d'accès aux services médicaux, de promotion et de protection de la santé des enfants et des personnes vulnérables et de réduction des iniquités en matière de santé. Ce rôle complexe de l'État n'est pas reflété par l'échelle d'intervention seule. L'échelle traite uniquement de l'importance du choix, c'est tout, a-t-il ajouté.

La grande quantité de documents existant sur la valeur du choix démontre que le choix est important, mais que l'on ne devrait pas le considérer comme intrinsèquement important, a indiqué le Dr Daniels. Donner trop d'importance au choix dans la politique publique conduira à des problèmes, a-t-il déclaré, ajoutant que l'État doit limiter le choix, précisant les conditions dans lesquelles cela est important.

Le rapport Nuffield a généré des débats au Royaume-Uni, a indiqué le Dr Daniels. On l'a accusé de justifier des interventions paternalistes et de remettre en cause la liberté individuelle. Il a déclaré qu'il s'agissait des mêmes arguments biaisés que ceux utilisés par les opposants aux lois imposant le port du casque sur les motocyclettes.

Le Dr Daniels a estimé que l'échelle laissait de côté toute une gamme d'enjeux éthiques en matière de santé publique. Parmi eux, on peut noter la stigmatisation, les répercussions de l'équité, la légitimité et le désaccord, le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'établissement et le maintien de la confiance et la tenue des promesses et des engagements.

Il a déclaré que le cas du sodium constituait une restriction sur l'industrie, pas une restriction sur le choix. Il n'y a aucune restriction sur le choix individuel, tant que vous avez accès à une salière, a indiqué le Dr Daniels.

Discussion

Un participant a demandé au Dr Daniels pourquoi son programme à Harvard n'avait actuellement pas trouvé de financement. Le Dr Daniels a répondu que la récession était en cause. Il a ajouté qu'un ancien président de Harvard avait placé tous les fonds d'exploitation de l'université entre les mains de gestionnaires de fonds spéculatifs, créant ainsi une perte de

650 millions de dollars américains. Il a rassuré le participant en lui indiquant que le manque de financement n'avait aucun lien avec son travail.

Un participant a demandé des exemples de campagnes de santé publique ayant permis de changer la perception sociale aux États-Unis. Le Dr Daniels a répondu qu'il aurait aimé avoir de meilleurs exemples, mais a néanmoins cité un cas en Nouvelle-Zélande, où des demandes de la population pour des thérapies à l'efficacité non confirmée avaient été suivies par une campagne réussie d'éducation du grand public. Un participant a ajouté que la stigmatisation et les comportements contraires à l'éthique avaient été généralisés dans les premières années du VIH/SIDA. Le Dr Daniels a répondu que le cas de la ceinture de sécurité aux États-Unis était un bon exemple, car il n'avait pas rencontré le même refoulement que les lois sur le port d'un casque.

Comment abordez-vous une chose émotionnelle et comment la traitez-vous, a demandé un participant. Il a utilisé l'exemple de l'interdiction sur les pesticides à usage esthétique, contre laquelle, a-t-il ajouté, il n'existe aucune preuve scientifique, mais beaucoup d'émotion. Le Dr Daniels a utilisé la campagne contre la vaccination comme exemple similaire de l'intense indignation publique antiscientifique. Il a ajouté qu'un processus délibéré était nécessaire pour compléter tout type de cadre de politique publique. Il a conclu que les gens devaient l'accepter, comme pour les lois sur la ceinture de sécurité.

Mot de la fin

Dre Nancy Edwards, directrice scientifique, ISPP des IRSC

La Dre Edwards a soulevé deux points pour montrer comment la discussion à propos de l'éthique en matière de santé publique avait progressé. Elle a tout d'abord déclaré que le lien existant entre la justice sociale et la santé publique est aujourd'hui plus important. Puis elle a indiqué que la place des valeurs dans la science était plus largement acceptée. Les comités d'examen de l'éthique de recherche constituent une structure importante en matière d'éthique dans la recherche et la pratique scientifiques.

L'objectif des discussions n'est pas forcément d'aboutir à un consensus, mais de vérifier que chacun a compris les différentes valeurs impliquées dans les enjeux abordés, a déclaré la Dre Edwards, remarquant que le consensus est atteint lentement.

La Dre Edwards a indiqué que les discussions avaient souvent lieu de manière cloisonnée et utilisaient diverses approches. Elle a demandé s'il existait un moyen de rassembler les domaines et de définir la meilleure manière d'aborder les enjeux d'équité et de population : la convergence de notre travail est une chose que nous avons tous apprise, a-t-elle ajouté. Si nous

continuons à relier tout cela, je pense que nous pourrions avancer à grands pas dans les années à venir.

Suivi de l'atelier et prochaines étapes

D'après les commentaires des participants, les organisateurs de l'atelier étaient satisfaits que l'événement ait atteint son objectif fondamental, c'est-à-dire créer un espace de discussion critique sur la place des cadres éthiques dans la santé des populations et la santé publique. Les participants étrangers aux enjeux éthiques ont acquis certaines compétences grâce à la présentation d'un certain nombre de cadres, ainsi qu'une pratique limitée de leur usage. Cela étant dit, une plainte courante a été soulevée; il s'agit du manque de temps disponible pour établir une discussion plus complète sur les cadres, en lien avec l'hypothétique étude de cas, ainsi que du temps supplémentaire nécessaire pour analyser les propres expériences des participants sur divers cadres (ou pour mettre à l'essai les cadres vis-à-vis de son expérience personnelle, selon le cas).

Un second projet de suivi, lancé par les partenaires de l'atelier, permettra de combler cette lacune. Un recueil de cas sur l'éthique des interventions en santé publique et en santé des populations offrira une occasion à ceux qui travaillent sur des recherches, politiques et pratiques en santé publique et en santé des populations, de soumettre des scénarios rendus anonymes à des fins d'analyse éthique et de publication. L'appel de cas (<http://www.cihr.ca/f/44006.html>) est ouvert jusqu'au 30 septembre 2011 et sera suivi d'un processus rigoureux d'examen par les pairs. Les cas sélectionnés seront accompagnés de l'analyse éthique d'un expert, et l'auteur du cas aura également la possibilité d'y répondre. Le recueil de cas final devrait être lancé au format papier et en ligne au début de l'année 2012. Nous prévoyons que le document deviendra un outil d'enseignement et d'apprentissage clé dans le domaine de l'éthique en santé publique et en santé des populations.

Les leçons tirées de l'atelier, ajoutées aux analyses du recueil de cas, serviront, à terme, les partenaires dans l'élaboration ou l'amélioration des ressources et des possibilités de formation à l'éthique en santé des populations et en santé publique.

Annexes

1. Étude de cas hypothétique : Réduction de la teneur en sodium

Les participants ont eu 45 minutes pour examiner un cas hypothétique relatif à la réduction de la teneur en sodium, accompagné de questions permettant d'orienter la discussion.

Questions d'orientation :

- Questions éthiques – Quelles questions éthiques le cas soulève-t-il?
- Valeurs et principes pertinents – D'après la documentation et votre connaissance de l'éthique en santé publique et des populations, quels valeurs et/ou principes correspondent le mieux à ce cas?
- Intervenants dans la décision – Qui sont ceux qui seront touchés par la décision, et comment le seront-ils?
- Questions de réorientation – Comment les enjeux soulevés dans la réorientation du cas vous font-ils penser différemment au sujet des questions éthiques sous-jacentes, le cas échéant?
- Votre propre expérience – Pouvez-vous penser à une question, d'après votre propre expérience, que vous avez abordée différemment à la suite d'une analyse éthique? Pouvez-vous penser à un dilemme éthique dans votre travail qui aurait pu tirer parti d'une analyse semblable?

Adapté de : Jennings B., J. Kahn, A. Mastroianni, L.S. Parker (dir.). Ethics and public health: model curriculum. Association of Schools of Public Health; 2003. Disponible à :

<http://www.asph.org/document.cfm?page=782>

Introduction

Dans de nombreux pays développés, l'apport en sodium dans l'alimentation est en train de devenir une importante préoccupation pour la santé publique. Mis en cause dans de nombreuses affections chroniques et d'autres troubles cardiovasculaires et rénaux, l'apport en sodium dans l'alimentation est un domaine d'intervention clé proposé. Au Canada, cet apport dépasse de loin les niveaux recommandés, et le gouvernement fédéral étudie des options pour intervenir auprès des populations.

Intervention en santé des populations

Comme plus de 75 % du sodium dans le régime alimentaire des Canadiens provient d'aliments préparés dans le commerce, l'effort visant à réduire l'apport en sodium dans l'alimentation doit porter en grande partie sur l'approvisionnement alimentaire (Santé Canada, 2011). Afin de réduire la teneur en sodium des aliments transformés et des produits des services d'alimentation, le gouvernement fédéral se demande s'il imposera ou non des restrictions des niveaux acceptables de sodium dans ces aliments.

Une restriction obligatoire des niveaux acceptables serait échelonnée sur une période de quatre ans. Des cibles de réduction du sodium seraient publiées pour les aliments, et un plan de surveillance et d'évaluation indépendant assurerait les progrès et l'atteinte des cibles obligatoires.

La stratégie d'intervention proposée est fondée sur une recension de la littérature et des approches adoptées ailleurs, et elle a fait l'objet de vastes consultations auprès du public et de groupes de défense et de promotion de la santé. La possibilité de procéder à une étude pilote n'a pas été éliminée.

Les pressions de l'industrie alimentaire sont de plus en plus fortes sur pour qu'elle passe de restrictions obligatoires à des restrictions volontaires, et se fixe elle-même des cibles de réduction. Bien que l'auto-réglementation ait déjà été utilisée par l'industrie alimentaire dans d'autres domaines (p. ex. aux États-Unis pour réduire la publicité sur les aliments qui s'adresse aux enfants), cette voie est considérée comme moins efficace que la réglementation obligatoire.

Réorientation du cas

- Examinez votre réaction à la description de cas ci-dessus, et demandez-vous si vos arguments éthiques changeraient dans le contexte des scénarios hypothétiques suivants :
- Les produits alimentaires et les produits des services alimentaires transformés à haute teneur en sodium devraient être étiquetés de manière à mettre en garde les consommateurs contre les dangers potentiels, au lieu de faire l'objet de réductions obligatoires de la teneur en sodium au point de production; ou,

- Les produits alimentaires et les aliments des services alimentaires transformés à haute teneur en sodium seraient frappés d'une taxe spéciale qui les rendrait moins intéressants à acheter, comme solution de rechange à des réductions obligatoires de la teneur en sodium au point de production.

En outre, on a demandé aux participants des tables 1, 4 et 7 de prendre en considération qu'il y a peu de preuves publiées sur l'efficacité de l'intervention proposée au niveau tant de la population que de l'industrie. La mesure dans laquelle cette politique peut avoir des effets différentiels dans certaines sous-populations est inconnue.

On a aussi demandé aux participants des tables 2, 5 et 8 de considérer que les sondages d'opinion semblent indiquer que le public n'est pas en faveur de restrictions obligatoires. L'appui varie selon les niveaux de scolarité et de revenu. L'appui des groupes de défense et de promotion de la santé et des associations professionnelles ne laisse planer aucun doute.

On a demandé aux participants des tables 3, 6 et 9 de tenir compte du fait qu'une grande partie des aliments transformés vendus au Canada sont importés, ce qui peut rendre difficile l'application de règlements.

2. Notices biographiques des conférenciers principaux

Nicholas King

Le Dr Nicholas King est professeur adjoint au Département des sciences sociales en médecine à l'Université McGill, ainsi que membre associé du Département d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université McGill. Le Dr King effectue des recherches dans deux domaines : l'éthique et la politique en santé publique (y compris l'éthique de la biosécurité, l'état de préparation de la santé publique et les réponses aux pathogènes résistants aux antimicrobiens), ainsi que l'information en matière de santé, les inégalités et les mesures (y compris le rôle des jugements éthiques dans la mesure et l'évaluation des inégalités en matière de santé et les répercussions des biais cognitifs sur l'interprétation de l'information relative à la santé des populations).

Norman Daniels

Co-titulaire de la chaire Mary B. Saltonstall, le Dr Norman Daniels est professeur en éthique et en santé des populations à l'École de santé publique de l'Université Harvard. Le Dr Daniels a publié de nombreux ouvrages dans les domaines de la philosophie des sciences, de l'éthique, de la philosophie politique et sociale et de l'éthique médicale, dans plus de dix livres. Ses

recherches actuelles se concentrent sur les concepts d'équité et de justice en matière de santé. Le Dr Daniels est un membre de l'Institute of Medicine, boursier du Hastings Center, membre fondateur de la National Academy of Social Insurance et de la Société internationale pour l'équité en santé. Il a été consultant auprès d'organisations, de commissions et d'organismes gouvernementaux des États-Unis et de l'étranger, sur des sujets relatifs aux politiques en matière de justice et de santé, notamment auprès de l'Organisation des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la santé et de la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine. Il siège actuellement au conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC et au conseil consultatif en éthique pour les Centers for Disease Control and Prevention américains.