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

www.ccnpps.ca

QUESTIONS ÉTHIQUES EN TEMPS DE PANDÉMIE

ÉTUDES DE CAS | MARS 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

QUESTIONS ÉTHIQUES EN TEMPS DE PANDÉMIE

ÉTUDES DE CAS | MARS 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 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 – 4e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-62853-8 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-62854-5 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-62851-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-62852-1 (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**

ÉTUDES DE CAS SUR DES QUESTIONS ÉTHIQUES EN TEMPS DE PANDÉMIE **3**

Cas 1 : Le devoir de prodiguer des soins 4

Cas 2 : Gouvernance mondiale et obligations 5

Cas 3 : Établissement des priorités dans une unité de soins intensifs 7

Cas 4 : Mesures restrictives 9

Cas 5 : Cas soupçonné de tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) 10

Cas 6 : Élaboration de lignes directrices sur la quarantaine dans un port achalandé 11

Cas 7 : Éclosion de tuberculose dans la population des sans-abris d'une agglomération urbaine 12

Cas 8 : Virus du Nil occidental (VNO) 13

Cas 9 : La passagère de Greyhound 13

Cas 10 : Infirmière 14

Cas 11 : Un travailleur de la santé refuse l'immunisation 15

CONCLUSION **17**

RÉFÉRENCES **19**

INTRODUCTION

Les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) visent à soutenir le développement, le partage et l'utilisation des connaissances en santé publique, notamment par la création et le renforcement des liens entre les acteurs de la santé publique, les chercheurs et les responsables de politiques. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) produit différents outils et ressources afin de soutenir les acteurs de la santé publique dans leurs démarches de promotion et de développement de politiques publiques favorables à la santé. Pour atteindre cet objectif, le Centre partage des connaissances et des idées pratiques issues de diverses disciplines en sciences sociales.

La discipline de l'éthique a beaucoup à offrir au secteur de la santé publique. On le constate notamment quand on planifie et on intervient lors de situations d'urgence d'envergure, dans le cas d'une pandémie de grippe par exemple. Ces situations imposent que des décisions difficiles soient prises dans des conditions de stress et d'incertitude, où les ressources disponibles sont limitées. La préoccupation politique et publique envers la détection et le contrôle des maladies infectieuses, comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la grippe aviaire et la grippe porcine, explique en grande partie l'intérêt grandissant envers l'éthique en santé publique (ÉSP). Cette discipline, un sous-domaine relativement nouveau de la philosophie appliquée, favorise les débats interdisciplinaires sur les problèmes moraux théoriques et pratiques de la santé publique et de la médecine préventive. L'ÉSP s'est développée au cours des 15 dernières années en réponse à certaines insatisfactions face aux orientations traditionnelles de l'éthique biomédicale. Elle 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'importance de l'ÉSP dans la planification et dans les interventions en cas de pandémie est de plus en plus indéniable, comme le démontre la multiplication des cadres éthiques et des guides décisionnels dans la littérature académique et dans les plans d'intervention nationaux et internationaux en cas de pandémie.

La présente série d'études de cas, extraites de documents ou de plans de recherche existants, fait partie d'un projet plus vaste sur l'éthique en temps de pandémie actuellement mené par le CCNPPS. Cette série vise à contribuer à la réflexion entourant l'utilisation de l'analyse éthique dans les pratiques de santé publique et dans le développement de politiques publiques favorables à la santé. L'objectif principal est d'illustrer un large éventail de scénarios de pandémie et de contrôle des maladies infectieuses dans lesquels les rôles et les responsabilités des professionnels génèrent des situations éthiques complexes. Les cas examinés traitent de problèmes liés aux pouvoirs et aux devoirs des fournisseurs de soins de santé et des responsables de santé publique. Ils ont été conçus pour transposer dans un contexte pratique les questions d'éthique relatives aux préparatifs et aux interventions en situation de pandémie.

Ce survol de certains des enjeux et débats moraux les plus susceptibles de se produire durant une pandémie n'est pas destiné à établir des prescriptions normatives, définitives ou absolues en cernant un seul bon plan d'action. L'examen des cas vise plutôt à stimuler la délibération au sein d'un groupe d'individus, possiblement issus de multiples disciplines et

ayant des perceptions variées, à adopter différentes perspectives dans des contextes particuliers et généraux et à acquérir une meilleure compréhension des divers enjeux en cause. La délibération peut mener à un consensus sur un plan d'action préférable ou acceptable, notamment à travers l'évaluation et la comparaison des différentes solutions de rechange. Cet exercice requiert un engagement envers le respect mutuel dans la recherche transparente d'intérêts communs. Compte tenu des risques et des incertitudes qui se retrouvent dans les scénarios, on peut en effet s'attendre à voir surgir des conflits entre les différentes croyances, interprétations ou justifications — lesquelles peuvent toutes se défendre selon certains points de vue.

Bien que les valeurs et les principes éthiques ne puissent être mis en application de façon linéaire ou mécanique, ils peuvent susciter la réflexion et fournir des balises pouvant aider à la fois les individus et les organisations à prendre de bonnes décisions durant des périodes difficiles. Il est important de garder à l'esprit que les principes importants en santé publique (qui comprennent notamment l'intérêt commun, la solidarité, l'équité, la réciprocité, la nécessité, la protection contre les mauvais traitements, la proportionnalité, la liberté individuelle et la dignité, la confidentialité et l'efficacité) ou dans les prises de décisions efficaces (qui requièrent généralement des processus raisonnables, transparents, inclusifs, réceptifs et responsables) ne seront pas toujours pertinents pour chacun des cas.

Il est également essentiel de noter qu'aucune hiérarchie de principes ou de buts n'est largement acceptée en matière de santé publique. Cela signifie qu'aucun principe n'aura toujours ou de façon générale la priorité lorsqu'il est question d'interventions ou de politiques en santé publique. Il faut ainsi souvent assurer l'équilibre entre de multiples objectifs et valeurs. Chacun des cas doit donc être abordé comme un ensemble unique de circonstances qui nécessite une analyse spécifique. Bien qu'il n'y ait possiblement aucune « bonne réponse » objective à plusieurs des défis moraux soulevés dans ces cas, ceux-ci offrent des pistes de réflexion valables pour les personnes qui cherchent à aborder un dilemme précis. La recherche et l'adoption de solutions valables et justifiables, même si elles sont liées à des contextes spécifiques, représentent l'un des objectifs clés de l'analyse éthique et un objectif central dans le développement de compréhensions communes de l'éthique appliquée. Il est à espérer que ces cas permettront d'illustrer comment l'analyse éthique dans un contexte de santé publique est nécessairement désordonnée plutôt que stéréotypée et qu'il faut y consacrer du temps, du travail ainsi qu'une délibération à l'intérieur et entre les différentes communautés.

ÉTUDES DE CAS SUR DES QUESTIONS ÉTHIQUES EN TEMPS DE PANDÉMIE

Cas 1 : Obligation du médecin de prodiguer des soins pendant une pandémie
Cas 2 : Obligations internationales du Canada en temps de pandémie
Cas 3 : Établissement des priorités au sein d'une unité de soins intensifs en temps de pandémie
Cas 4 : Mesures de distanciation sociale, famille en deuil et lutte contre une pandémie
Cas 5 : Cas soupçonné de tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) et déplacements internationaux
Cas 6 : Élaboration de directives sur la quarantaine dans un port achalandé
Cas 7 : Repérage de cas de tuberculose dans des populations de sans-abri en milieu urbain
Cas 8 : Résultats de la surveillance du virus du Nil occidental
Cas 9 : Retrouver des personnes exposées dans un contexte transfrontalier
Cas 10 : Obligation de l'infirmier de prodiguer des soins pendant une pandémie
Cas 11 : Un travailleur de la santé refuse l'immunisation

Les quatre premières études de cas relatent des situations qui évoluent au fil du temps, comme c'est le cas lors de pandémies réelles. Elles ont été élaborées par les membres du groupe de recherche Ethics and Pandemic Preparedness: Engaging the Voices of the Public du Joint Centre for Bioethics (JCB) de l'Université de Toronto. Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), ce groupe a réalisé un sondage national sur les considérations éthiques liées aux pandémies. Il est aussi à l'origine des assemblées publiques qui se sont tenues en 2008-2009 dans plusieurs grandes villes canadiennes et au cours desquelles les études de cas ont fait l'objet de présentations et de discussions auprès d'un large éventail de Canadiens. Pour obtenir de l'information supplémentaire et consulter les résultats du projet mené par le groupe de recherche, visitez le www.canprep.ca.

Les études de cas 5 et 6, auxquelles de légères modifications ont été apportées, sont tirées d'un document didactique préparé en 2009 par les Drs Ross Upshur et Angus Dawson du JCB pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ce document n'a pas encore été rendu public. Le Programme sur la législation et l'éthique en santé publique (PLESP) de l'ASPC a toutefois donné l'autorisation au CCNPPS de reproduire les études de cas présentées plus bas.

Les études de cas 7, 8, et 9 ont été élaborées par des professionnels travaillant dans le domaine de la santé publique; elles sont extraites du rapport sommaire d'un séminaire sur l'éthique en santé publique tenu au JCB en 2009, animé par les Drs Upshur et Dawson et parrainé par le Programme sur la législation et l'éthique en santé publique (PLESP) de l'ASPC. Ce rapport n'a pas encore été rendu public, le CCNPPS a obtenu l'autorisation de reproduire les études de cas présentées plus bas.

Les cas 10 et 11 proviennent du document *Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan Framework for Ethical Considerations and Decision-Making* (2007), rédigé par Ryan Melnychuk.

Vous pouvez également consulter en ligne, sur le site de l'École de médecine de l'Université de Washington, deux courtes études de cas conçues à l'intention des médecins praticiens de première ligne sur l'éthique appliquée en santé publique : une sur la confidentialité et la recherche de contacts à la suite d'une infection transmise sexuellement (ITS) révélée par l'examen régulier et une autre sur le refus de coopérer d'un patient sans-abri atteint de tuberculose. Elles sont disponibles au : http://depts.washington.edu/bioethx/topics/public.html.

CAS 1 : LE DEVOIR DE PRODIGUER DES SOINS

Les médias rapportent que l'OMS vient d'annoncer officiellement la présence d'une pandémie d'influenza. L'Agence de la santé publique du Canada a signalé des cas confirmés où le virus a été transmis de personne à personne dans plusieurs villes canadiennes. Les médias locaux font état de la demande accrue de consultations en salle d'urgence et chez les médecins de famille. Bien que quelques décès aient été signalés, nul ne connaît encore la gravité potentielle du problème. Pour l'instant, on connaît peu de chose sur la nature du virus. Maria, 35 ans, est médecin de famille et mère de trois enfants âgés de 4 à 8 ans. Elle fait partie de l'équipe de 12 médecins d'une clinique de soins primaires de Saint John. À la suite de reportages diffusés dans les médias, son mari craint qu'elle ne tombe malade ou qu'elle ne rapporte le virus à la maison, puisque son travail l'y expose davantage. Il lui recommande de ne pas se présenter au travail. Maria se fait du souci pour ses enfants qui fréquentent la garderie. Son mari travaille dans un cabinet comptable. Par ailleurs, Maria est aussi préoccupée par l'idée d'abandonner ses patients et d'accroître la charge de travail de ses collègues dont plusieurs, comme elle, ont de jeunes enfants.

Première série de questions

- Que pensez-vous de la situation à cette étape-ci?
- Selon vous, quels facteurs Maria devrait-elle particulièrement prendre en compte dans sa prise de décision?
- Si la garderie fermait ses portes, changeriez-vous d'opinion? Pourquoi?

Maria décide de se présenter au travail. Une chose la préoccupe : la clinique ne dispose pas de suffisamment de matériel de protection. En réunion spéciale, le groupe de la clinique réitère son engagement à fournir des soins aux personnes atteintes de la grippe, mais à la condition que le ministère de la Santé lui fournisse le matériel de protection approprié.

- Que pensez-vous de la décision du groupe de la clinique?
- Croyez-vous que la société a une obligation envers les travailleurs de la santé en cas d'éclosion pandémique?

Un des collègues de Maria est au seuil de la retraite. Il souffre de diabète et d'une maladie cardiaque. Il déclare à ses collègues qu'il ne viendra pas travailler, car il considère le risque trop grand pour sa santé.

- À votre avis, l'état de santé d'un travailleur de la santé constitue-t-il un motif acceptable pour décider de ne pas intervenir à l'aube d'une pandémie virale?

La pandémie a maintenant pris de l'ampleur. Plusieurs personnes sont malades, dont un grand nombre de travailleurs de la santé. Dans les hôpitaux et les cliniques, beaucoup de fournisseurs de soins de santé ne se présentent pas au travail. Nombreux sont ceux qui refusent de travailler par crainte d'être infecté.

- Les fournisseurs de soins de santé qui refusent de se présenter au travail devraient-ils avoir à assumer les conséquences de leur acte?
- Dans la négative, pourquoi? Si oui, quels types de sanctions s'avéreraient équitables selon vous?

Le gouvernement a maintenant officiellement qualifié la situation d'urgence sanitaire. Il est sur le point d'adopter une loi obligeant les travailleurs de la santé à participer aux efforts mis en œuvre pour contenir l'éclosion.

- Que pensez-vous de cette éventualité?
- Croyez-vous que de telles lois violent les droits des travailleurs de la santé?

Questions finales

- Selon vous, est-il justifié que des fournisseurs de soins de santé refusent de prodiguer des soins?
- À qui devrait incomber ce type de décision?
- Comment de telles décisions devraient-elles être prises?
- En l'absence d'un consensus, sur quoi devrait reposer le processus décisionnel?

CAS 2 : GOUVERNANCE MONDIALE ET OBLIGATIONS

Se préparer à faire face à une pandémie d'influenza requiert autant d'organisation et de coopération entre les pays qu'à l'intérieur même des pays. Sans l'aide des pays riches, les nations les plus pauvres ne sont pas en mesure de protéger leurs citoyens. Mais les pays riches, pour leur part, ne peuvent être totalement prêts à faire face à une pandémie en l'absence des renseignements que peuvent leur fournir les pays plus démunis. Plus précisément, avant l'apparition d'un virus pandémique, la mise en place de programmes de surveillance et de partage d'échantillons de nouveaux cas d'infection joue un rôle déterminant pour le développement d'antiviraux et de vaccins efficaces contre de nouvelles souches du virus. En présence de cas d'influenza confirmés ou soupçonnés, l'abattage du bétail s'avère essentiel. Il a également été démontré qu'en aidant les pays pauvres à enrayer une nouvelle pandémie dès son éclosion, il serait possible de l'arrêter complètement ou, à tout le moins, d'en ralentir la propagation, ce qui laisserait aux pays riches plus de temps pour élaborer un vaccin efficace qui, aux dires des experts, est le seul moyen de juguler une pandémie de grippe sévissant à l'échelle planétaire.

Scénario initial : préparation prépandémique

Des scientifiques du Canada et d'autres pays développés travaillant à l'élaboration de médicaments et de vaccins contre l'influenza ont besoin d'échantillons prélevés en Indonésie. Cependant, les représentants de l'Indonésie refusent de partager les plus récents

échantillons du virus, de crainte que le pays ne soit pas en mesure d'offrir à ses citoyens l'accès aux tout derniers vaccins et médicaments. Le problème d'accès aux médicaments et aux vaccins en Indonésie est attribuable aux deux facteurs suivants : l'approvisionnement mondial limité des vaccins au moment de leur lancement et leur coût qui s'élève bien au-delà de ce que plusieurs pays ont les moyens de payer. Les deux facteurs sont pour leur part déterminés par une capacité de production mondiale très limitée, ainsi que par les intérêts privés et les considérations lucratives qui sous-tendent en grande partie le développement de tels produits. À l'instigation de l'Indonésie, d'autres pays envisagent de refuser de communiquer l'information sur la grippe et menacent d'interrompre le dépistage et l'abattage de bétail, soutenant qu'ils ont des problèmes beaucoup plus pressants en matière de santé publique. C'est aux pays riches, disent-ils, qu'il revient d'assumer l'intégralité des coûts de surveillance des foyers d'éclosion et de dédommager les pays concernés pour les pertes économiques engendrées.

Première série de questions

- Quelles sont vos premières impressions face à cette situation? (Quelle est votre réaction spontanée?)
- Quels sont les principaux facteurs à prendre en compte dans ce scénario?
- Quels aspects de cette situation retiennent le plus votre attention?
- En vous fondant sur la discussion soulevée jusqu'à présent, comment le Canada devrait-il réagir aux demandes suivantes :
  - Celles de l'Indonésie pour un accès plus égal aux vaccins et aux médicaments?
  - Celles des pays en développement (les pays pauvres) qui souhaitent, de façon plus générale, davantage d'équité en matière d'aide à l'investissement en santé publique?

L'OMS analyse quelques échantillons provenant de régions rurales et confirme l'apparition d'une grippe humaine hautement transmissible. Vu le caractère extrêmement contagieux de l'influenza, et bien que cela n'ait pas été établi avec certitude, la limitation des déplacements pourrait s'avérer un moyen efficace de retarder la propagation de la maladie. En outre, des éléments de preuve donnent à penser que si tous les pays riches partageaient une proportion mineure (10 %) de leurs réserves d'antiviraux, il serait possible de limiter l'ampleur de l'éclosion.

- Cette nouvelle information vous amènerait-elle à considérer la situation différemment?
- Cette dernière information renferme-t-elle quelque fait significatif dont il faut tenir compte?
- Ces informations supplémentaires renferment-elles un élément qui retient votre attention?
- En vous fondant sur la discussion soulevée jusqu'à présent, comment pensez-vous que le Canada devrait réagir aux propositions suivantes :
  - Limiter ou suspendre les déplacements à destination et en provenance de l'Indonésie? (considérez les coûts économiques pour l'Indonésie et le Canada [dédommagement] et demandez-vous si cela représenterait une solution équitable pour l'Indonésie et pour le Canada)
  - Se départir de 10 % de nos réserves nationales d'antiviraux afin d'enrayer l'éclosion de la grippe en Indonésie comme le demande l'OMS?

Imaginez que l'éclosion commence au Canada et qu'après avoir analysé des échantillons provenant de Vancouver et de Toronto, l'OMS confirme l'apparition d'une grippe humaine hautement transmissible.

- Cette nouvelle information vous amènerait-elle à considérer la situation différemment?
- Cette dernière information renferme-t-elle quelque fait significatif dont il faut tenir compte?
- Ces informations supplémentaires renferment-elles un élément qui retient votre attention? Si l'éclosion pandémique et la menace de propagation mondiale prenaient naissance au Canada plutôt que l'inverse, votre point de vue sur la restriction des déplacements, sur le partage des ressources internationales et sur les mesures de dédommagement proposées changerait-il?
- En vous fondant sur la discussion soulevée jusqu'à présent :
  - Le Canada devrait-il être tenu de déclarer et de diffuser cette information à la communauté internationale, même si cela devait avoir des répercussions sur son économie?
  - Devrait-on publier des conseils aux voyageurs à destination et en provenance du Canada?
  - À votre avis, à qui devrait incomber la responsabilité de déterminer comment devrait être gérée la pandémie au Canada? Pourquoi?

Questions finales

- Quelles sont les obligations internationales du Canada avant, pendant et après une pandémie de grippe? Envers qui est-il tenu de remplir ces obligations? Pourquoi?
- De qui devrait relever ce type de décisions?
- Comment de telles décisions devraient-elles être prises?
- En l'absence d'un consensus, sur quoi devrait reposer le processus décisionnel?

CAS 3 : ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS DANS UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

Scénario initial

L'Hôpital Régional est un grand centre de traumatologie. Il est doté d'un vaste service d'urgence et d'une importante unité de soins intensifs (USI). Pendant une crise de pandémie d'influenza, l'unité des soins intensifs est remplie à pleine capacité de patients présentant des conditions médicales graves, potentiellement mortelles. Plusieurs souffrent de complications graves à la suite de ce qui semble être une pneumonie bactérienne possiblement attribuable au virus de l'influenza. Le service d'urgence demande à l'unité de soins intensifs de recevoir M. M qui, à la suite d'un accident de vélo, a subi un traumatisme crânien grave, mais potentiellement réversible. Une possibilité serait de transférer un patient de l'USI vers l'unité médicale afin de libérer un lit pour M. M. Toutefois, les employés de l'USI soutiennent que leurs patients ont tous besoin de ventilation assistée et que l'hôpital ne dispose pour le moment d'aucun autre lit équipé de la sorte. Une autre possibilité consisterait à transférer M. M dans l'une des autres unités de l'hôpital, mais vu la nature de ses blessures, il ne fait aucun doute que cette solution altérerait les capacités cliniques d'un

personnel médical non formé en soins intensifs et déjà surchargé de travail. La dernière possibilité serait de transférer M. M dans un autre établissement de soins de santé. Cependant, la pandémie d'influenza a entraîné le débordement des hôpitaux de la région et il n'existe aucun autre lit disponible en USI.

Première série de questions

- À cette étape-ci, quelles sont vos impressions face à cette situation? Quelle est votre réaction spontanée?
- Quels sont les principaux facteurs à prendre en compte dans ce scénario? Lesquels sont les plus pertinents?
- Quels éléments de ce cas retiennent le plus votre attention?

Un patient de l'USI décède. L'USI dispose maintenant d'un lit pour M. M. Au moment où le transfert est sur le point d'être effectué, Mme A, une infirmière de l'USI, y est admise. Elle souffre de difficulté respiratoire aiguë. Il est établi qu'elle a été infectée par le virus de la grippe, qu'elle aurait contracté en prodiguant ses soins aux patients de l'USI de l'hôpital. Elle a de toute urgence besoin de ventilation assistée, ce qui n'est possible qu'en lui attribuant le lit des USI destiné à M. M.

- Cette nouvelle information vous amènerait-elle à considérer la situation différemment?
- Cette dernière information renferme-t-elle quelque fait significatif dont il faut tenir compte?
- Y a-t-il un aspect qui retient votre attention dans ces informations supplémentaires?

Il appert que M. M vit avec ses parents. Ceux-ci sont âgés et comptent sur son aide pour accomplir les activités de la vie courante. Mme A est une employée de longue date de l'hôpital, respectée de tous ses collègues.

- Ces nouvelles informations vous amèneraient-elles à considérer la situation différemment?
- Cette dernière information renferme-t-elle quelque fait significatif dont il faut tenir compte?
- Y a-t-il un aspect qui retient votre attention dans ces informations supplémentaires?
- Le fait de connaître ces détails personnels sur les patients modifie-t-il votre point de vue sur ce cas?

Questions finales

- À qui devrait-on attribuer le lit de l'USI : à M. M ou à Mme A?
- De qui devrait relever ce type de décisions?
- Comment de telles décisions devraient-elles être prises?
- En l’absence d’un consensus, sur quoi devrait reposer le processus décisionnel?

CAS 4 : MESURES RESTRICTIVES

Les médias signalent que l'OMS a officiellement déclaré la présence d'une pandémie de grippe. L'Agence de la santé publique du Canada a signalé des cas confirmés de transmission de personne à personne dans plusieurs villes canadiennes. Quelques décès ont été signalés, mais la gravité du problème demeure inconnue, aucune information n'ayant été fournie à ce sujet. Pour l'instant, on connaît peu de choses sur la nature du virus. Le développement d'un vaccin est en cours; toutefois, on peut s'attendre à ce qu'aucun programme public de vaccination à grande échelle ne soit offert avant six à huit semaines.

Scénario initial

Les responsables de la santé publique insistent sur la mise en place immédiate de mesures restrictives visant à ralentir la propagation de l'infection. Cela comprend la fermeture de centres communautaires et l'annulation de tout grand rassemblement public. Une famille dont les deux filles, Amandeep, 24 ans, et Marpareet, 16 ans, perdaient la vie dans un accident de la route au moment même où les médias rapportaient l'information sur les mesures restrictives n'a pas entendu la nouvelle qui a été diffusée. Celle-ci a été uniquement diffusée dans les médias de langue française. Les parents des victimes n'écoutent pas la télévision ou la radio francophone. Marpareet, ses frères Rajinder et Darshan, et leurs parents ont quitté l'Inde pour immigrer au Canada il y a un peu moins d'un an, parrainés par Amandeep; ils ne parlent pas français. Le lendemain, la famille accueille parents et amis en grand nombre aux funérailles. Il ne manque presque personne à la cérémonie, car la plupart, bien qu'au courant des mesures restrictives imposées par les autorités compétentes, croient que ces mesures ne visent que les grands événements sociaux et non la tenue des funérailles, rite sacré en l'honneur d'un être cher que l'on vient de perdre. Qui plus est, la situation tragique qu'ils vivent laisse peu de place aux préoccupations pour une éclosion virale dont personne ne connaît la gravité potentielle. Dans leur entourage immédiat, aucun décès attribuable à la grippe n'avait été signalé auparavant. Plus de 200 personnes ont assisté aux funérailles.

Première série de questions

- À cette étape-ci, que pensez-vous de la situation?
- Selon vous, quels facteurs la famille devrait-elle avant tout prendre en compte dans sa décision?
- Quels éléments de ce cas retiennent le plus votre attention?

Les responsables de la santé publique ont émis une ordonnance de quarantaine enjoignant à toutes les personnes présentes aux funérailles de rester à la maison pendant sept jours, même si l'on connaît peu de choses sur le virus ou sur l'étendue de l'éclosion. Rajinder croit qu'il lui est impossible de respecter cette ordonnance, car toute la famille dépend de son revenu. Il décide donc de se présenter au travail pendant que le reste de la famille reste à la maison. Son travail consiste à remplir les étagères de chez Canadian Tire.

- Que pensez-vous de la décision de Rajinder?
- Croyez-vous que les personnes qui refusent de se conformer à une ordonnance de quarantaine devraient subir les conséquences de leur acte? Le cas échéant, quels types de sanctions s'avéreraient équitables, selon vous?
- Y a-t-il un aspect qui retient votre attention dans ces informations supplémentaires?

Le gouvernement vient de déclarer l'état d'urgence. Trois des personnes présentes aux funérailles présentent des symptômes de grippe, une autre est décédée. Bien que conscient que l'éclosion a maintenant frappé les siens, Rajinder ne peut se résoudre à rester à la maison. Puisqu'il a contrevenu à l'ordonnance, Rajinder est gardé en détention par des responsables de la santé publique. Sa famille est donc laissée sans revenu, bloquée à la maison avec un garde-manger plutôt dégarni.

- Cette nouvelle information vous amènerait-elle à considérer la situation sous un jour différent?
- Que pensez-vous de la décision des responsables de la santé publique de garder Rajinder en détention?
- Croyez-vous que la société a des obligations envers les personnes qui font l'objet d'une ordonnance de quarantaine?
- Y a-t-il un aspect qui retient votre attention dans ces informations supplémentaires?

Questions finales

- Que pensez-vous de l'utilisation du droit de détention dans l'éventualité d'une pandémie?
- De qui devrait relever ce type de décisions?
- Comment de telles décisions devraient-elles être prises?
- En l'absence d'un consensus, sur quoi devrait reposer le processus décisionnel?

CAS 5 : CAS SOUPÇONNÉ DE TUBERCULOSE À BACILLES ULTRARÉSISTANTS (TB-UR)

Vous travaillez comme agent de quarantaine dans un aéroport international d'importance et desservez une population locale de plusieurs millions de personnes, de culture très diversifiée. Une de vos principales tâches consiste à assurer et à protéger la santé de millions de personnes qui arrivent à l'aéroport et qui en partent, de même que celle de la population locale. Vous recevez un jour l'appel d'une amie. Celle-ci travaille à la Direction de la santé publique de la ville où elle est responsable de la surveillance des maladies infectieuses. Elle vous explique brièvement qu'elle s'occupe d'un cas récent de tuberculose ultrarésistante aux médicaments dont est atteint un des membres d'une famille élargie. Elle se demande pourquoi une partie de la famille (deux adultes et deux enfants) a toujours expressément évité tout contact avec sa Direction par le passé. Vu la situation domestique de la famille, elle pense qu'il y a lieu de croire qu'un ou plusieurs membres de la famille sont aussi infectés. Elle revient tout juste d'une visite à leur domicile, mais un voisin lui a dit que la famille venait de quitter à l'instant la maison pour se rendre à l'aéroport et qu'elle projetait de voyager à l'étranger. Votre amie vous demande de l'aider en gardant la famille en détention

dès leur arrivée à l'aéroport afin que tous ses membres subissent un test de dépistage de la tuberculose.

1. Connaissez-vous vos obligations légales dans une situation semblable?
2. Dans ce cas particulier, quelles sont vos obligations morales? Expliquez les différences réelles ou attendues entre les obligations légales et les obligations morales.
3. Que devez-vous faire?
4. Votre réponse est-elle la même pour les enfants que pour les adultes?
5. Votre réponse serait-elle différente si on vous demandait de garder en détention une personne qui, malgré un diagnostic de tuberculose ultrarésistante, a tout de même l'intention de prendre l'avion?

CAS 6 : ÉLABORATION DE LIGNES DIRECTRICES SUR LA QUARANTAINE DANS UN PORT ACHALANDÉ

Vous travaillez dans un port très achalandé où fret et passagers internationaux se côtoient. Il règne un climat d'inquiétude générale quant à la façon dont votre unité doit intervenir dans les situations où une personne est déjà malade à son arrivée, en particulier s'il y a de fortes raisons de croire (mais aucune certitude) que la maladie en question est possiblement mortelle et hautement contagieuse. On vous demande de participer à l'élaboration d'un nouvel ensemble de directives dont l'objectif est d'aider le personnel à réagir de façon pertinente à l'arrivée de personnes que l'on soupçonne d'être infectées par un virus très contagieux. Voici quelques questions sur lesquelles vous devez vous pencher :

- Quelles sont les questions éthiques entourant le retrait d'une personne se trouvant à bord d'un bateau? Doit-elle être retirée en premier ou en dernier? Que peut-on faire (s'il y a lieu) pour protéger son droit à la vie privée?
- Quelle information doit-on communiquer aux autres passagers à bord? Doit-on leur fournir les mêmes informations qu'aux membres de l'équipage? Quels sont les facteurs (p. ex., données disponibles, risque d'exposition, etc.) à prendre en compte pour en arriver à une décision?
- Est-il moralement justifiable de détenir des passagers et membres d'équipage dans le but d'effectuer des tests de dépistage, ou encore parce que, ne connaissant pas avec certitude le diagnostic du passager malade, vous ignorez l'ampleur du risque d'exposition éventuel?
- La politique devrait-elle accorder un degré de priorité plus élevé à la prévention (p. ex., limiter les préjudices éventuels) ou aux libertés individuelles? Quels sont les facteurs pouvant influencer votre décision?
- Si le nombre d'agents préposés au cas est insuffisant pour qu'une enquête soit menée, comment devrait-on établir les priorités relatives à l'utilisation du temps du personnel? Est-il acceptable de demander aux employés de dépasser le nombre d'heures prévu par leur contrat pour s'assurer que les passagers ne sont pas détenus plus de quelques heures sur le bateau?

- Dans un cas semblable, quels renseignements peuvent être révélés aux médias? Y a-t-il certains renseignements à ne pas dévoiler? Dans l'affirmative, lesquels et pourquoi? Quelles informations (s'il y a lieu) doit-on communiquer aux membres des familles qui s'inquiètent de leurs proches détenus sur le bateau?
- Si l'on effectue des tests de dépistage sur toutes les personnes qui ont été en contact avec le passager malade, quels renseignements peut-on leur fournir quant à l'identité de ce dernier? Les tests de dépistage ne sont utiles que si les membres du groupe visé connaissent l'identité du malade.
- Si, pendant les tests de dépistage, il ressort qu'un passager débarqué au port précédent était vraisemblablement malade, que devez-vous faire? Le fait de réfléchir à cette possibilité influe-t-il sur les réponses fournies ci-dessus?

CAS 7 : ÉCLOSION DE TUBERCULOSE DANS LA POPULATION DES SANS-ABRI D'UNE AGGLOMÉRATION URBAINE

La population des sans-abri d'une grande ville canadienne est touchée par une éclosion continue de tuberculose. Le service municipal de santé publique procède au repérage des personnes à risque au moyen d'un questionnaire de gestion des éclosions. Les personnes qui ont été en contact avec un sujet atteint ou qui pensent être à risque sont invitées à passer des tests de dépistage. Un traitement sera prodigué aux personnes infectées. Il est aussi possible, par la même occasion, de recueillir des données supplémentaires en ajoutant quelques questions au questionnaire susmentionné. Ces données additionnelles permettraient de mieux connaître le mode de vie, les comportements et les besoins d'une population particulièrement vulnérable à la tuberculose, et contribueraient à enrayer la propagation de cette maladie transmissible.

Un des membres de l'équipe soutient qu'il ne serait pas pertinent pour le moment de soumettre cette proposition à un comité d'éthique de la recherche (CER), pour les motifs suivants : la recherche présente un risque faible; si les participants ne souhaitent pas répondre aux questions supplémentaires, ils peuvent simplement refuser de le faire; le temps dont le personnel aura besoin pour préparer la proposition et les documents connexes conformément aux exigences du CER sera utilisé au détriment de la gestion effective de l'éclosion. Un autre argument avancé : une fois l'approbation du CER obtenue, il serait pratiquement impossible de retrouver les mêmes personnes, précisément parce qu'il s'agit de sans-abri. L'impossibilité de recueillir les données à cette étape peut donc empêcher la réalisation de la recherche.

- Quels sont les enjeux éthiques soulevés par ce scénario? Lesquels, parmi les points de vue ou les arguments présentés, trouvez-vous les plus convaincants?
- L'un des participants propose de recueillir les données nécessaires immédiatement et de demander l'approbation du CER plus tard. Qu'en pensez-vous?
- Une autre suggestion consiste à offrir des mesures incitatives (p. ex., de l'argent) aux personnes interrogées durant l'éclosion en vue de les inciter à rester en contact avec l'équipe jusqu'à l'obtention de l'approbation du CER. Le paiement serait versé à la fin de la recherche. Quels enjeux éthiques cette solution soulève-t-elle?

- Que faut-il faire dans cette situation? Justifiez votre réponse.

CAS 8 : VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO)

Ces dernières années, le virus du Nil occidental (VNO) est devenu une préoccupation croissante au Canada, alerté par la propagation progressive de cette maladie transmise en Amérique du Nord par les moustiques. Dans ces conditions, il apparaît important d'assurer une surveillance à long terme de la situation par l'adoption d'un train de mesures appropriées, notamment l'échantillonnage des eaux stagnantes pour déceler la présence de larves, le piégeage de moustiques pour dépister le virus, des tests sur les oiseaux morts et des enquêtes approfondies sur les cas d'infection humaine, encore relativement peu nombreux. Il est essentiel d'informer la population sur les points suivants : les risques que le virus représente pour la santé, la situation courante du VNO dans les différentes collectivités, les mesures permettant de réduire ou d'éliminer les sources de transmission potentielles et les moyens à prendre pour atténuer l'exposition à la maladie.

Le programme de surveillance du VNO recueille des données selon la distribution géographique des cas relevés, ainsi que selon d'autres facteurs. Il s'agit d'un outil indispensable pour suivre l'évolution de la maladie au gré des conditions environnementales et météorologiques. Toutefois, les données générées dans le cadre de ce programme sont la source de divers problèmes éthiques potentiels. Par exemple, les données sur les tests positifs de moustiques piégés et d'oiseaux, de même que sur les cas humains, sont minutieusement reportées sur des cartes. Actualisées chaque semaine, ces cartes sont accessibles gratuitement sur Internet. Évidemment, on n'y fait nullement référence au nom, à l'adresse ou aux renseignements médicaux des personnes concernées. En revanche, l'agglomération urbaine et la grande intersection la plus proche du foyer d'infection sont bel et bien marquées sur les cartes.

- Quels sont les enjeux éthiques soulevés par ce scénario?
- Estimez-vous qu'un juste équilibre entre les différentes obligations a été trouvé?
- Quels problèmes pourraient surgir si les médias s'intéressaient à certains cas précis de VNO ou à certains foyers d'infection (p. ex., à proximité d'une école ou d'un lieu de culte)? Comment les résoudre de façon éthique?
- Si le risque de transmission de personne à personne était inexistant (p. ex., si l'on reportait sur une carte les cas de tétanos plutôt que ceux de VNO), vos réponses à ces questions seraient-elles différentes? Que faut-il faire dans cette situation? Justifiez votre réponse.

CAS 9 : LA PASSAGÈRE DE GREYHOUND

Lors d'un séjour (illégal) aux États-Unis, une Canadienne a reçu un diagnostic de tuberculose infectieuse. Après seulement dix jours de traitement, elle disparaît dans la nature. Après enquête, des informations fiables permettent d'établir que la dame a quitté les États-Unis pour venir rendre visite à sa famille. On l'inscrit alors sur la liste de surveillance frontalière des États-Unis, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dans

l'espoir de la « retrouver » et de lui faire reprendre son traitement si jamais elle retournait aux États-Unis. Environ un mois plus tard, elle est arrêtée à bord d'un bus Greyhound, au poste frontalier Windsor-Détroit, lors d'un contrôle d'identité des passagers effectué par les agents frontaliers américains. Elle est ensuite confiée à la garde du Canada puis hospitalisée à Windsor, où il s'avère qu'elle est toujours infectée par la tuberculose. Elle refuse de fournir aux fonctionnaires de la santé publique canadienne tout renseignement sur ses déplacements, ses lieux de séjour pendant les quatre semaines où elle a été absente des États-Unis et sur les personnes avec qui elle a été en contact. La seule information vérifiable est que plus tôt cet après-midi-là, à Toronto, elle est montée dans un bus Greyhound à destination de Détroit.

Comme la société Greyhound ne recueille pas d'information sur les clients ni les sièges occupés, il n'y a aucun moyen de connaître l'identité des autres passagers à part les quinze personnes qui ont traversé la frontière et dont l'identité pouvait être établie grâce aux dossiers des autorités frontalières américaines. Or, 27 autres passagers sont descendus à Windsor avant le passage de la frontière. La plupart avaient pris le bus à Toronto, mais il y en a 12 qui étaient montés à London (et dont le voyage n'a duré qu'une heure, alors que le trajet Toronto-Windsor prend quatre heures).

Le degré d'infection de la patiente a été jugé modéré et non sévère. On ne dispose pas de données sur les taux de transmission de la tuberculose dans les bus. Seuls les vols d'une durée supérieure à huit heures font l'objet d'un suivi. D'ailleurs, de nombreux services de santé publique ne considéreraient pas une exposition de quatre heures comme alarmante. Chez deux des trois enfants de la patiente, un test cutané à la tuberculine s'est avéré positif, mais le suivi auprès de ses contacts aux États-Unis n'a révélé aucun signe de transmission à l'extérieur du ménage.

- Quels sont les enjeux éthiques soulevés par ce scénario?
- Quelles mesures le service de santé publique devrait-il entreprendre à l'égard des contacts canadiens de la patiente?
- Ce cas présente-t-il des enjeux sociaux plus généraux? Sont-ils reliés avec les enjeux éthiques et si oui, de quelle façon?
- Comment devrait-on les résoudre?

CAS 10 : INFIRMIÈRE

Pendant le quart de soir, un patient chez qui l'on soupçonne un diagnostic de grippe aviaire est admis à l'unité de soins actifs d'un grand hôpital urbain. L'infirmière du service d'urgence chargée du transfert du patient indique que l'hôpital a été averti de s'attendre à recevoir d'autres cas suspects. L'homme est placé en isolement. On dispose de peu d'information sur son diagnostic et les membres du personnel s'inquiètent de leur sécurité et de celle d'autres patients. Le chef de l'unité a participé à la planification en vue d'une telle situation, mais aucun membre du personnel en place n'a reçu de formation ou de consignes relativement à une éclosion présumée de grippe aviaire. On demande l'assistance de la superviseure de soir.

C'est Sylvie, infirmière autorisée (IA), qui est chargée de soigner le patient admis. Elle travaille dans l'unité à temps partiel. Chef de famille monoparentale, Sylvie élève deux enfants d'âge scolaire. De plus, elle offre des soins à domicile, un emploi occasionnel qui lui assure un horaire souple et un revenu supplémentaire. À l'heure actuelle, elle ne travaille pas la fin de semaine, car les garderies sont fermées. Sylvie s'inquiète pour sa santé et celle de ses enfants, et elle s'interroge sur les répercussions qu'une éclosion de pandémie aurait sur son horaire de travail. Ce soir, l'unité est à court de personnel et le moral est au plus bas : une infirmière autorisée travaillant à temps plein s'est portée malade et une fois de plus, aucune IA remplaçante n'est disponible. Le chef de l'unité a informé les employés que le service a dépassé le nombre d'heures-personnes budgétisées et que tout le monde devait réduire au minimum l'utilisation des fournitures afin d'équilibrer le budget. En outre, les compressions budgétaires dans l'ensemble du secteur de la santé publique ont entraîné la suppression de lits dans tout l'hôpital, et la liste des malades en attente d'admission au service d'urgence s'allonge constamment. Ce scénario est un exemple de situations possibles où les travailleurs de la santé peuvent être mis en danger et, dans le cas de maladies infectieuses, courir le risque de contaminer leurs proches.

- Sylvie s'expose-t-elle à ce risque en travaillant dans un établissement qui reçoit des patients infectés par un virus grippal ou autre maladie infectieuse? Met-elle sa famille en danger?
- Peut-elle être certaine que toutes les mesures nécessaires seront prises pour garantir sa sécurité au travail?
- A-t-elle accès aux ressources et aux renseignements qui lui permettraient de trouver réponse aux questions ou aux préoccupations qu'elle pourrait avoir quant aux risques encourus?

Quelles sont les valeurs en jeu?

Le devoir de prodiguer des soins, la prise en charge, la solidarité, la réciprocité, la confiance, la fidélité et la responsabilité sont autant de considérations auxquelles il convient de réfléchir. Parmi d'autres valeurs qui méritent une réflexion, mentionnons les données disponibles, l'égalité, l'équité, la responsabilité sociale et la liberté.

CAS 11 : UN TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ REFUSE L'IMMUNISATION

Un nouveau virus grippal qui circule dans le monde est détecté dans la localité où le D^{r} M exerce ses activités professionnelles. Il travaille en gériatrie. En contact quotidien avec des personnes présentant un risque élevé d'infection grippale, le D^{r} M figure parmi les premiers sur la liste de vaccination prioritaire. Compte tenu de ses convictions personnelles sur l'immunisation contre la grippe, il refuse de se faire vacciner. Comment réagir devant l'attitude du D^{r} M?

Quelles sont les valeurs en jeu?

Liberté, respect de l'autonomie, efficacité (capacité de bénéficier), acceptabilité, nécessité, besoin, urgence, proportionnalité, moyens les moins contraignants, équité, égalité, équité d'accès, équité des résultats, universalité, solidarité, devoir de prodiguer des soins, prise en charge, confiance/fidélité, dévouement, données disponibles, optimisation des ressources.

Discussion

Des mesures précises doivent être prises pour traiter avec les objecteurs de conscience, surtout s'ils travaillent dans le secteur de la santé. Comment s'y prendre? À quel niveau une politique à cet effet devrait-elle être adoptée (macro, méso ou micro)? Devrait-on retirer au D^{r} M le droit de soigner les porteurs de virus éventuels (un risque pour la santé du D^{r} M)? Devrait-on retirer au D^{r} M le droit de s'occuper des patients en bonne santé (il a pu avoir un contact accidentel avec une personne infectée)? Existe-t-il des directives institutionnelles sur la façon de résoudre une telle situation?

- Quelle est la nature de la question de politique?
- Existe-t-il des politiques en vigueur qui prescrivent les manières de traiter avec les objecteurs de conscience, les travailleurs de la santé, les professionnels et les fournisseurs de services essentiels qui refusent l'immunisation? Par exemple, dispose-t-on de directives sur les mesures à prendre à l'égard des travailleurs ou des professionnels de la santé qui s'opposent à la vaccination ou à la prise de médicaments en raison de leurs convictions?
- De telles politiques peuvent être propres à certaines institutions (p. ex., hôpitaux, administration sanitaire ou province). Si de telles politiques n'existent pas, prend-on les mesures nécessaires pour en élaborer? Quel est l'objectif premier de telles politiques ou décisions? À qui incombe-t-il de prendre ces décisions? Qui faudrait-il inviter à participer à la prise de décisions ou à l'élaboration de politiques? S'agira-t-il d'une politique adoptée à l'échelle d'un hôpital, de l'administration sanitaire d'une région ou d'une province?

Le but de cette politique sera-t-il de veiller à ce que tous les employés continuent à contribuer au système de soins de santé pendant une situation d'urgence? Le but sera-t-il de protéger les patients déjà pris en charge par le système de soins de santé ou ceux qui sont en train d'accéder à ce système? De protéger l'employé? Peut-on définir un objectif qui englobe l'ensemble de ces questions?

Une fois l'objectif établi, quelles mesures faut-il mettre en place pour l'atteindre? Il est à souligner que ces mesures doivent être équitables et ouvertes (transparentes), reposer sur des informations fiables et prévoir l'obligation de rendre des comptes. En outre, la procédure doit, en l'occurrence, être adaptable à la situation et facile à actualiser au fur et à mesure que de nouvelles données sur l'utilisation de médicaments et de vaccins deviennent disponibles. Par exemple, il se peut qu'un vaccin ne soit pas encore mis à disposition et qu'il n'y ait pas assez d'antiviraux pour lancer des mesures prophylactiques (les antiviraux étant destinés en priorité aux personnes infectées).

CONCLUSION

L‘objectif derrière la publication du présent document n’était pas de fournir des procédures systématiques qui pourraient être suivies étape par étape pour aborder et résoudre des problèmes complexes de santé publique (bien que de telles lignes directrices commencent à voir le jour dans la littérature). Le but n’était pas non plus de recommander un ensemble particulier de valeurs, un guide de décision ou un cadre de référence de principes (même si de nombreux outils de la sorte ont été proposés et continuent à évoluer à la lumière des débats et des évaluations multidisciplinaires et académiques en cours). Cette série de cas se voulait plutôt un point de départ vers un dialogue sur l’intégration de l’éthique dans les politiques et les pratiques usuelles en cas d’urgence en santé publique. Il s’agit également d’une tentative pour renforcer les échanges et susciter un débat entre le milieu universitaire et les professionnels de santé publique afin d’enrichir le développement et l’utilisation de concepts éthiques. Ceux-ci peuvent aider à faire des choix et des compromis difficiles afin de protéger le public contre les menaces, de prévenir les épidémies de maladie et d’éviter les décès lorsqu’il est possible de le faire.

Conséquemment, vos commentaires à l’égard du présent document sont les bienvenus et nous vous invitons à partager avec nous vos impressions sur l’utilité et la pertinence de son contenu. Nous vous encourageons également à nous faire des suggestions basées sur votre expérience qui nous aideront à atteindre notre objectif d’améliorer les prises de décisions éthiques relatives aux pratiques et aux politiques dans le domaine de la santé publique.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (Sans date). *Building Public Health from the Ground Up: Clarifying the Issues, Framing the Future. Scénarios 1-3: pages 3-8.* [Rapport préliminaire]. Non publié. Séminaire sur l'éthique en santé publique tenu le 24 février 2009 au Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto.

Melnychuk, R., for the Nova Scotia Department of Health. (2007). *Nova Scotia Health System Pandemic Influenza Plan. Reference 1: Ethical Considerations and Decision-Making Framework. Appendix C: Scenarios.* Consulté en ligne à : http://gov.ns.ca/pandemic/docs/plan/reference1_Ethics_Framework.pdf.

Upshur R et A. Dawson. (2009). *From Theory to Education: Ethics and Quarantine. Ethical issues in the use of restrictive measures for communicable disease control. Case Studies: Pages 11-14.* [Document didactique]. Non publié. Préparé pour l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : 1326

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