

Le plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : plaidoyer pour une approche normative globale

Yanick Farmer, Ph.D.

RÉSUMÉ

Le plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza s'inscrit dans une logique de précaution visant à prévenir efficacement les conséquences négatives d'une transmission interhumaine accrue et durable du virus hautement pathogène de l'influenza aviaire H5N1. Puisque le plan est conçu comme des lignes directrices que se donnent les autorités canadiennes pour réguler les conduites en contexte pandémique, il possède une valeur normative éminente. Pourtant, malgré le soin mis par les experts à l'élaboration scientifique et à la logistique des mesures comprises dans le plan canadien, il apparaît clair que celui-ci n'a pas fait l'objet d'une analyse normative approfondie, même s'il inclut un volet éthique. L'objectif de ce commentaire est de montrer qu'une analyse normative élargie ne devrait pas se limiter à la simple élaboration d'un cadre éthique applicable à des interventions déjà planifiées. Au contraire, une telle analyse devrait également agir en amont, sur toute la vision du choix rationnel qui préside au développement du plan, entre autres sur l'approche épistémologique privilégiée.

Mots clés : pandémie; influenza; Canada; enjeux éthiques; normativité

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2009;100(1):70-72.

Face aux catastrophes qui menacent l'intégrité sociale, politique et économique des États, les institutions publiques font de plus en plus appel à des principes d'intervention fondés sur la *précaution*. Par précaution, il faut entendre ici une règle de décision politique qui s'applique, en l'absence de certitudes scientifiques établies, à des phénomènes qui induisent un risque et des conséquences potentiellement néfastes pour les individus et les sociétés. Ainsi, selon le principe de précaution, des actions préventives sont jugées légitimes voire souhaitables lorsqu'il s'agit d'empêcher ou de limiter les conséquences négatives d'une catastrophe, même si les conditions de survenance de celle-ci ne sont pas clairement démontrées.

Avec la menace maintes fois affirmée et réaffirmée d'une pandémie mondiale d'influenza^{1,2}, partout dans le monde les autorités de santé publique ont consigné, à l'intérieur de plans nationaux, une série de mesures qui visent à prévenir les désordres pouvant résulter d'une transmission interhumaine accrue et durable du virus hautement pathogène de l'influenza aviaire H5N1³. Ces plans, dont celui du Canada, qui est l'un des plus détaillés au monde, s'inscrivent dans cette logique de gouvernance centrée sur la notion de précaution. Or dans la mesure où ils sont conçus comme les *lignes directrices* que se donnent les institutions en santé publique pour la prévention et l'intervention en contexte pandémique, les différents plans nationaux de lutte à la pandémie d'influenza possèdent une *valeur normative éminente*, ayant pour objectif la régulation des conduites des experts concernés et de la population en général.

Pourtant, malgré le soin mis par les experts à l'élaboration scientifique et logistique des mesures comprises dans les plans, il apparaît clair que la quasi-totalité de ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une analyse normative approfondie, même si certains incluent un volet éthique (très souvent minimal). Dans le contexte extraordinaire d'une urgence pandémique, comme nous allons le voir en examinant plus particulièrement le plan canadien, l'oubli d'une approche normative globale peut conduire les autorités à des manquements éthiques importants.

Le plan canadien comme vision du choix rationnel en contexte pandémique

D'un point de vue normatif, la structure d'intervention prévue dans le plan canadien peut être associée à une vision du choix rationnel qui répond à une volonté d'agir efficacement contre les impacts négatifs de la pandémie, notamment pour préserver les vies humaines. Comme l'explique le philosophe norvégien Jon Elster, expert de renommée internationale en théorie de la décision, la vision du choix rationnel privilégiée par les experts renvoie le plus souvent à des *croyances* ou des *valeurs* implicites qui motivent en fin de compte la prise de décision⁴. Or qu'est-ce que nous apprend le plan canadien sur le type de choix rationnel qui est privilégié par les autorités pour affronter une éventuelle pandémie? En réponse aux recommandations formulées par l'OMS⁵, le plan canadien propose deux grands axes qui définissent en fait l'*objet* et les *moyens* de l'intervention. Le premier de ces axes expose des niveaux de risques, appelés « phases », qui sont fonctions du pouvoir pathogène du virus et de sa transmissibilité aux animaux et à l'humain. La définition de ces niveaux de risque sert ainsi par la suite à graduer l'intensité des interventions effectuées par les autorités. Quant au deuxième axe, il établit des *moyens* ou des catégories d'intervention qui comprennent la coordination des équipes d'intervention, la surveillance et l'endiguement, l'organisation des soins et finalement la communication⁶.

Pour ce qui concerne l'*objet* de l'intervention, le plan canadien nous dit que ce qui est *significatif* pour la prise de décision est constitué principalement de deux types de données : premièrement les *données épidémiologiques*, qui sont fondées sur les caractéristiques

Affiliation de l'auteur

Groupe de recherche en bioéthique, Université de Montréal, C.P. 6128, succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Tél. : 514-432-1238, Courriel : yanick.farmer@umontreal.ca

Remerciements : La réflexion que propose cet article a été inspirée en partie par la participation de l'auteur aux travaux du Groupe de recherche en bioéthique (GREB) de l'Université de Montréal. L'auteur tient donc à remercier ses collègues du GREB, en particulier son directeur, Monsieur Hubert Doucet, pour l'esprit d'ouverture qu'ils ont toujours manifesté à l'égard d'une approche philosophique de la santé publique.

du virus en cause (sa structure moléculaire, par exemple); deuxièmement les *prévisions statistiques*, qui portent sur l'évolution temporelle et spatiale de la pandémie⁷. Comme expliqué ci-dessus, les *moyens* sont pour leur part centrés sur la logistique (qui fait quoi sur le terrain?), sur la réponse biomédicale et sur la communication unidirectionnelle (des autorités vers la population).

En somme, la rationalité qui est à l'œuvre dans le plan canadien se caractérise par deux tendances nettes. D'abord, par sa volonté d'appuyer sa recherche de données dites « probantes » (evidence-based) sur une épistémologie *strictement positiviste*, donc centrée sur des objets modélisables, au mépris des construits sociaux qui façonnent pourtant les lieux concrets où émergent et prolifèrent les maladies. Ensuite, par la présomption d'un scénario catastrophiste qui favorise le plus souvent la centralisation des leviers opérationnels. Cette rationalité est alors dépositaire d'une normativité qui place *entièrement* le pouvoir décisionnel entre les mains des experts. Cependant, cet arrière-plan normatif apparaît contestable sur au moins deux points :

- Malgré les incertitudes prévisionnelles sur l'apparition de la pandémie, les experts requièrent, au nom de l'urgence et de la précaution, que les pouvoirs et les ressources de l'État soient mobilisés immédiatement, et que la contribution des citoyens soit acquise, voire obligée si nécessaire, sans que ceux-ci aient clairement consenti par la voie de mécanismes de consultation du public⁸.
- Les moyens prévus par les autorités ne prennent aucunement en compte les déterminants sociaux de la maladie, ce qui les conduit à ignorer la parole citoyenne comme intégrée au feedback des interventions, de même que les inégalités sociales et communautaires qui devraient justifier des interventions asymétriques, notamment au niveau de l'information et de la communication⁹.

Or, au plan éthique, ces « oublis » minent la possibilité d'une justification rationnelle des interventions qui satisfait aux exigences coutumières de la société dans laquelle nous vivons.

Pour une normativité qui s'inspire des coutumes largement admises dans la société

Pour illustrer le vide normatif du plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, on peut le comparer à une situation où on annonce notre mort. On nous dit : « Il y aura une pandémie d'influenza, c'est sûr. Mais on ne sait pas quand et avec quelle ampleur. Malgré tout, il faut se préparer immédiatement, et nous allons vous dire comment, avec votre argent (vos impôts) et sans vous demander ni votre permission, ni votre avis. » C'est comme si un médecin nous disait : « Vous savez, vous allez mourir un jour, j'en suis sûr. Je ne sais pas quand, mais je sais que vous allez mourir. D'ici là, payez-moi pour que je vous impose des traitements que vous n'avez pas demandés et pour lesquels je ne solliciterai ni votre avis, ni vos impressions quant à leur efficacité. » Cette situation, qui est inacceptable à l'échelle de la relation patient-médecin, devrait l'être également à l'échelle de l'État et des collectivités.

Pour que les plans soient davantage acceptables d'un point de vue normatif, ils devraient tout simplement s'inspirer des normes que véhiculent les coutumes de la société : à savoir le respect de la volonté de prise en charge des individus par eux-mêmes (autonomie positive) et la mise en place de mécanismes de décision partagée qui regroupent autant des experts que des profanes (esprit démocratique). D'un point de vue plus philosophique, et suivant

l'argumentation développée par John Rawls dans *A Theory of Justice*, la prise en compte du point de vue des citoyens sans égard à leur statut social ou à leur niveau d'expertise permet la mise en place d'une « communauté de justification » qui donne aux interventions de santé publique une puissante légitimité normative¹⁰. Et sur ce plan, la question de la scientificité des données ou de l'urgence des interventions ne devrait pas suffire à convaincre les autorités canadiennes de ne pas tenir compte du savoir profane. D'abord, parce qu'aucune mesure de santé publique n'est efficace sans la collaboration du public, mais aussi parce que si sont ignorées l'intelligence collective et la connaissance des milieux transmise par ceux qui les habitent, la mise en place de mesures mieux ciblées et adaptées risque de devenir problématique. Aussi, parce qu'il existe dans certains plans nationaux des mesures qui donnent l'exemple d'une intégration des citoyens profanes dans la mise en œuvre des plans¹¹. En fait, le principe normatif qui devrait être au fondement de l'action collective en cas d'urgence pandémique peut à la fois être pratique et respectueux des coutumes de notre société : il s'agit de rapprocher le pouvoir décisionnel du lieu d'émergence des problèmes en faisant en sorte que le citoyen soit le premier intervenant (approche « bottom up »)¹². Pourtant, même dans les documents récents et reconnus pour leur contribution à la réflexion éthique sur la pandémie d'influenza, il n'existe aucun souci marqué pour des modes de communication et d'intervention collégiaux qui favorisent encore davantage la transparence, la confiance et l'équité¹³⁻¹⁵.

En somme, la normativité qui parcourt les plans de lutte à la pandémie d'influenza ne doit pas se limiter à la simple élaboration d'un cadre éthique donné en sous-traitance et applicable à des interventions déjà planifiées (le stockage des antiviraux, par exemple). Une analyse normative plus complète devrait également agir en amont, sur toute la vision du choix rationnel qui préside à leur développement, entre autres sur l'approche épistémologique privilégiée. Ainsi, grâce à une approche normative enrichie et intégrée, non seulement les plans deviendront-ils éthiquement plus acceptables, ils seront également plus efficaces.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization (WHO). Situation Updates – Avian Influenza. Genève, Suisse : OMS, 2008. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/updates/en/ (accédé le 7 avril 2008).
2. Rioux-Soucy L-M, Gravel P. Qui a (encore) peur de la grippe aviaire? *Le Devoir* 22-23 mars 2008; page-titre.
3. World Health Organization (WHO). National Influenza Pandemic Plans. Genève : OMS, 2008. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.who.int/csr/disease/influenza/nationalpandemic/en/index.html> (accédé le 7 avril 2008).
4. Lettre du Collège de France. *Entretien avec Jon Elster* : no. 21- décembre 2007. Paris, Collège de France, 2007.
5. Programme mondial de lutte contre la grippe. Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe. Genève : OMS, 2005.
6. Agence de la santé publique du Canada. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada, 2006.
7. Voir à ce sujet les « Principales hypothèses de planification » du plan canadien cité à la note 6, p.2 et suiv.
8. Le plan canadien n'indique aucune consultation menée auprès des citoyens ordinaires. Voir entre autres « Avant-propos et remerciements » du plan canadien cité à la note 6, p.iii.
9. Usher-Pines L, Duggan PS, Garoon JP, Karron RA, Faden RR. Planning for an influenza pandemic. Social justice and disadvantaged groups. *Hastings Center Report* 2007;July-August:32-39.
10. John Rawls. *A Theory of Justice*. Oxford University Press, 1999;580.

11. DH/HPIH&SD/Immunisation Policy, Monitoring & Surveillance. UK Health Departments' Influenza pandemic contingency plan. London, UK: UK Department of Health, 2005.
12. Ce principe est d'ailleurs mis en valeur dans le *Plan national de sécurité civile* du Québec. Informations disponibles en ligne à l'adresse : <http://www.msp.gouv.qc.ca/secivile/secivile.asp?txtSection=aperçu&txtCategorie=pncsc> (accédé le 7 avril 2008).
13. World Health Organization. Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza. Genève: OMS, 2007.
14. Pandemic Influenza Working Group. Stand on Guard for Thee: Ethical Considerations in Preparedness Planning for Pandemic Influenza. Toronto, ON: University of Toronto Joint Center for Bioethics, 2005.
15. Farmer Y, Bouthillier M-E, Dion-Labrie M, Durand C, Doucet H. Public participation in national preparedness and response plans for pandemic influenza: Toward an ethical valorization of public health policies. 2008 [article soumis].

Reçu : 7 avril 2008

Accepté : 30 septembre 2008

ABSTRACT

The Canadian pandemic influenza plan for the health sector lies within a logic of precaution aiming at the effective prevention of human infections by the highly pathogenic influenza virus H5N1. Since the plan is designed as guidelines elaborated by the Canadian authorities to regulate behaviours should a pandemic occur, it possesses an eminent normative value. Yet, in spite of the attention being given by the experts to scientific and logistic measures, it seems clear that the Canadian plan has not undergone a thorough normative analysis, although it includes ethical considerations. The objective of this article is to show that a wider normative analysis should not be restricted to the elaboration of an ethical framework applicable to predetermined interventions. Such an analysis should also take into consideration how rational choices are made through the epistemological approach used by the experts.

Key words: Pandemic; influenza; Canada; ethical issues; normativity

Coming Events • Activités à venir

2009 Nursing Leadership Conference

Leaders in Action: Mobilizing Nursing Leadership
8-10 February 2009 Toronto, ON
Contact: Debbie Ross, Conference and Special Events Manager
Tel: 1-800-361-8404 ext. 214 E-mail: dross@cna-aiic.ca
www.cna-aiic.ca/CNA/news/events/leadership/default_e.aspx

29th ICOH, International Congress on Occupational Health / 29^e CIST, Congrès International de la Santé au Travail

Occupational Health: A Basic Right at Work – An Asset to Society / *Santé au travail : un droit fondamental au travail – un atout à la société*
22-27 March/mars 2009
Cape Town, South Africa / Afrique du Sud
Contact/contacter : Congress Secretariat /
Secrétariat du Congrès
Tel/Tél : +27(0)21-938-9238/9245/9082/9651
Fax/Télé : +27(0)21 933 2649
E-mail/Courriel : admin@icoh2009.co.za
www.icoh2009.co.za

Canadian Institute of Public Health Inspectors

75th Annual Education Conference

75 Years and New Frontiers
3-6 May 2009 Kananaskis, AB
Contact:
ciphi.conference09@calgaryhealthregion.ca

2009 National Education Conference on Infection Prevention and Control

Solid Foundations...Shifting Horizons
Community and Hospital Infection Control Association – Canada (CHICA-Canada)
9-14 May 2009 St. John's, NL
Contact: Ms. Gerry Hansen, Conference Planner

CHICA-Canada

Tel: (204) 897-5990/866-999-7111

E-mail: chicacanada@mts.net

Fax: (204) 895-9595

<http://www.chica.org>

2009 CPHA Annual Conference/ Conférence annuelle de l'ACSP 2009

Public Health in Canada: Strengthening Connections/
La santé publique au Canada : renforcer les liens
7-10 June/juin 2009 Winnipeg, MB
Contact/contacter :
E-mail/courriel : conference@cpha.ca www.cpha.ca

19th World Conference on Disaster Management

A Climate for Change – Communication, Collaboration and Co-operation
Canadian Centre for Emergency Preparedness
21-24 June 2009 Toronto, ON
Contact: Adrian Gordon, CCEP
E-mail: agordon@ccep.ca www.wcdm.org

14th International Congress on Circumpolar Health

Health Canada and the Government of the Northwest Territories
11-16 July 2009 Yellowknife, NT
Contact: Pat Thagard, Congress Coordinator
Arctic Health Research Network
Tel: 867-873-9337 Fax: 867-873-9338
E-mail: icch14@theedge.ca

Forum 2009

Innovating for the Health of All: Innovation in Systems of Research for Health and Health Equity
16-20 November 2009 Havana, Cuba
Contact:
www.globalforumhealth.org/shlinks/forum2009.php