

# Introduction à l'éthique en santé publique 3 : cadres d'éthique en santé publique

Mars 2015

## Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

Le premier document<sup>1</sup> de cette série<sup>2</sup> de notes documentaires a comme point de départ l'observation que les praticiens de la santé publique sont souvent aux prises avec des décisions éthiques dans le cadre de leur pratique sans nécessairement avoir les outils et les ressources pour affronter ces défis. Ce troisième document fait le pari qu'en donnant aux praticiens et aux décideurs en santé publique des points de repère concernant les cadres de référence pratiques en matière d'éthique en santé publique, ils seront en meilleure posture pour prendre des décisions éthiques difficiles spécifiques aux pratiques de santé publique. Explicitement ou implicitement, la gestion des défis d'ordre éthique se fonde sur le type de perspective philosophique que l'on adopte face aux problèmes d'ordre éthique en santé publique. Il importe donc que les praticiens déterminent la perspective qui leur convient afin qu'ils et elles soient guidés dans leur propre prise de décision en matière d'éthique. Le deuxième document de cette série<sup>3</sup> présente les principales perspectives philosophiques et théoriques qui constituent la base de la prise de décision en matière d'éthique en santé publique et qui fondent différents cadres de référence pour l'éthique en santé publique. L'objectif du présent document est de présenter, de comparer et de critiquer certains cadres de référence en matière d'éthique en santé publique en les rattachant à leurs fondements théoriques et éthiques. Une brève discussion portant sur l'avenir de l'éthique en santé publique conclut l'article.

### Quel type de cadres de référence pourrait fonctionner pour l'éthique en santé publique?

Le terme « cadre de référence » (*framework*) a été utilisé de toutes sortes de manières. Nous l'utilisons ici pour désigner un guide général pour la prise de décision ou pour la pratique, qui

présente des concepts ou des idées clés dont il faut tenir compte. Un cadre de référence peut parfois expliquer les liens entre ces concepts. Dawson (2010) dit que la fonction d'un cadre de référence pour l'éthique en santé publique est de faciliter les délibérations qui portent sur la prise de décision touchant des enjeux éthiques dans des contextes particuliers, et cela, en rendant les valeurs explicites. Bien qu'en définitive, il soit en partie associé à la théorie, un cadre de référence est « [...] plus près » de la réalité de la prise de décision quotidienne dans un contexte appliqué » (Dawson, 2010, p. 193, traduction libre).

Avant l'an 2000 environ, la plupart des applications de l'éthique en santé publique s'appuyaient sur les quatre principes fondamentaux de l'éthique biomédicale : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Beauchamp et Childress, 1979), parfois avec quelques modifications pour les adapter au problème de santé publique en cause. Souvent, l'application et la modification de ces principes à des situations particulières en santé publique étaient judicieuses. Par exemple, en 1986, dans les premiers temps de l'épidémie de « VIH/sida », Bayer, Levine et Wolf (1986) ont proposé un cadre de référence pour guider la prise de décision éthique concernant le dépistage du VIH. Ce cadre s'appuyait sur les quatre principes nommés précédemment, mais en les modifiant légèrement : le respect des personnes, le principe du tort, la bienfaisance (les actions faites dans l'intérêt d'autres personnes) et la justice servaient de base à sept conditions préalables au dépistage du VIH. L'application de ces principes et de ces conditions à la prise de décision sur le dépistage du VIH se reflète encore aujourd'hui dans les directives en matière de dépistage.

<sup>1</sup> MacDonald, M. (2014).

<sup>2</sup> Cette série est basée sur une section d'un chapitre de livre déjà publié en anglais (Macdonald, 2013).

<sup>3</sup> MacDonald, M. (2015).



Le principe du tort est au cœur de la plupart des cadres de référence en matière d'éthique en santé publique. Kass (2001) a toutefois fait valoir que lorsqu'on analyse les actions de santé publique à l'aide d'un cadre de référence bioéthique traditionnel, celles-ci sont vues comme des exceptions acceptables aux principes éthiques, si ce ne sont pas tout à fait des transgressions éthiques. Elle affirme qu'il faut plutôt des cadres de référence en matière d'éthique en santé publique qui explicitent les valeurs fondamentales de la santé publique, afin que les actions de santé publique soient justifiables en elles-mêmes et dans des termes positifs, plutôt que comme des exceptions aux principes de l'éthique biomédicale.

Au cours des quinze dernières années, plusieurs auteurs ont toutefois proposé des cadres de référence qui sont plus explicitement ancrés dans les objectifs moraux de la santé publique et dans ses valeurs pour guider les pratiques éthiques en santé publique. Ces cadres sont fondés sur l'argument selon lequel la prise de décision éthique en santé publique exige des considérations uniques qui ne sont pas nécessairement pertinentes à la prise de décision éthique dans les soins de santé de façon plus générale. Certains de ces cadres d'éthique en santé publique sont plus pratiques que d'autres, et plusieurs sont tout nouveaux et ne sont pas pleinement formés. Malgré cette évolution, un consensus est encore loin d'être atteint quant aux cadres qui seraient les plus appropriés pour l'éthique en santé publique ou si seul un cadre de référence, adéquat pour tous les aspects de la santé publique, pourrait ou devrait être mis au point.

### CRITÈRES DE SÉLECTION, DE COMPARAISON ET D'ÉVALUATION DES CADRES DE RÉFÉRENCE

Malgré l'absence d'un consensus sur les cadres appropriés en matière de santé publique, Kenny, Melnychuk et Asada (2006) ont proposé des caractéristiques précises permettant de juger de la pertinence d'un cadre d'éthique en santé publique. Ces caractéristiques impliquent une vision particulière de la santé publique et un ensemble de valeurs sous-jacentes à l'éthique en santé publique. Néanmoins, elles sont conformes à la vision et aux valeurs fondamentales de la santé publique abordées dans les deux premiers documents de cette série, et à la vision de l'auteure du présent document. À ce jour, nous n'avons toutefois pas trouvé d'autres références proposant des critères pour l'évaluation des cadres d'éthique en santé

publique. C'est pourquoi nous nous appuyons sur ces critères pour évaluer les cadres choisis pour la comparaison. Naturellement, d'autres pourraient ne pas être en accord avec ces critères.

Kenny *et al.* (2006) proposent qu'un cadre de référence en matière d'éthique en santé publique devrait :

- 1) aborder la tension entre les intérêts publics et individuels;
- 2) se pencher sur des concepts comme le bien commun et l'intérêt public;
- 3) clarifier la relation entre la santé publique et les soins de santé;
- 4) reconnaître le rôle central des déterminants sociaux et économiques de la santé;
- 5) reconnaître l'importance de la réduction des iniquités de santé et s'occuper des plus vulnérables, puisque la santé publique s'intéresse fondamentalement à la justice sociale.

### CATÉGORISATION DES CADRES DE RÉFÉRENCE

Plusieurs auteurs ont proposé des catégorisations pour décrire les cadres d'éthique en santé publique. Lee (2012), par exemple, a examiné 13 cadres d'éthique en santé publique et les a catégorisés comme étant soit « fondés sur la pratique », soit « fondés sur la théorie ». Les cadres fondés sur la pratique sont nés de certaines expériences de praticiens pour qui les cadres d'éthique clinique n'étaient pas adéquats pour répondre aux défis éthiques de la pratique en santé publique. Ils tendent à ne pas expliciter leurs fondements théoriques ou philosophiques. Même si ces fondements ne sont pas explicites, il demeure cependant possible de les déduire des concepts et des principes que les cadres préconisent. Les cadres de référence fondés sur la théorie tentent de répondre aux critiques voulant que les cadres fondés sur la pratique soient composés d'un ensemble de principes intermédiaires qui laissent trop place à l'interprétation. Ces cadres découlent d'une certaine perspective éthique ou philosophique et leur application requiert que l'on reste fidèle à la philosophie sous-jacente lors de la prise de décision en santé publique.

Brody, Hermer, Eagen, Bennett et Avery (2010) ont proposé une autre catégorisation des cadres d'éthique en santé publique en les définissant comme étant « traditionnels », « étendus » ou « mixtes ». Les cadres de référence traditionnels

suivent l'orientation philosophique de l'éthique biomédicale : ils priorisent les individus et font de la liberté individuelle et de l'autonomie les deux valeurs primordiales. Même si tous les auteurs de cadres de référence admettent que l'éthique en santé publique met l'accent sur la santé des populations, les approches traditionnelles et certaines des approches mixtes exigent souvent une justification considérable en cas d'atteinte à la liberté individuelle. Bien qu'ils reconnaissent que certains aspects uniques à la santé publique pourraient nécessiter un type d'analyse différent, les cadres traditionnels en santé publique prennent néanmoins comme point de départ les principes éthiques biomédicaux. Ils sont ancrés dans « le problème fondamental du libéralisme » (Brody *et al.*, 2010, p. 6, traduction libre), qui consiste à trouver comment maintenir la liberté individuelle tout en protégeant la santé de la communauté ou des populations. Le fardeau de la preuve est mis sur les autres principes, considérés insuffisants pour l'emporter sur la liberté individuelle en deçà d'un certain seuil (Brody *et al.*, 2010).

Les cadres de référence étendus ont tendance à distinguer l'éthique en santé publique de l'éthique clinique ou biomédicale, et ils prennent comme point de départ les valeurs fondamentales de la santé publique. Ils sont généralement enracinés dans des théories de la justice sociale qui mettent l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. S'inscrivant dans une perspective de style communautariste, ils ne tiennent pas pour acquis la tension libérale classique entre l'individu et la communauté ni le dilemme libéral qui consiste à savoir quand prioriser la protection du public au détriment de la liberté individuelle. Le point de départ consiste à déterminer ce qu'il y a de mieux pour nous tous, ensemble. Par ailleurs, les individus et les communautés sont reconnus comme étant interdépendants. Par conséquent, un communautariste verrait probablement une fausse dichotomie dans la distinction entre les communautés et les individus qui les composent. Qui plus est, les communautaristes considèrent que la santé publique a un programme d'action positif pour la société et que les valeurs ou les principes liés à la communauté, au bien commun et à la solidarité sont importants en soi (Brody *et al.*, 2010) et qu'ils ont priorité.

La troisième catégorie est celle des cadres de référence mixtes, qui contiennent certains des mêmes principes et fondements que les approches traditionnelles et étendues. Selon leurs orientations

et leurs principes directeurs, les cadres mixtes varient considérablement tout au long du continuum allant des approches traditionnelles aux approches étendues (Brody *et al.*, 2010).

Pour des fins d'analyse et de comparaison des cadres d'éthique en santé publique, nous avons adopté la catégorisation de Brody *et al.* (2010), parce que Lee (2012) a déjà mené une comparaison approfondie basée sur la distinction entre le fondement dans la théorie et le fondement dans la pratique, et nous ne voyons pas l'utilité de la répéter. Nous croyons que la deuxième catégorisation pourrait se révéler plus utile pour guider les praticiens en définissant explicitement les fondements philosophiques et théoriques inhérents aux cadres fondés sur la pratique, ce que Lee n'a pas fait.

L'annexe 1 présente les huit cadres de référence retenus, catégorisés comme étant traditionnels, étendus ou mixtes. Nous avons sélectionné trois cadres traditionnels pour illustrer cette catégorie : ceux de Childress *et al.* (2002), d'Upshur (2002) et de Selgelid (2009). Les travaux dans la catégorie des cadres étendus sont généralement plus récents et ont tendance à refléter une perspective communautariste au sens large. Ainsi, nous n'avons été en mesure de trouver que deux cadres étendus : ceux de Baylis, Kenny et Sherwin (2008) et de Tannahill (2008). Trois cadres mixtes ont aussi été choisis comme exemples : ceux de Kass (2001), de la Société pour le leadership en santé publique (Public Health Leadership Society, 2002) et de Thompson, Faith, Gibson et Upshur (2006).

Dans la colonne 1, le ou les auteurs, la date de publication et le titre de l'article ou du cadre de référence sont fournis. La colonne 2 décrit l'objectif et le public visés par le cadre. Dans la colonne 3, une description de chaque cadre précise les éléments et les principes distincts qui guident l'action ou qui proposent des étapes pour le processus de prise de décision. La colonne 4 présente les fondements philosophiques et théoriques sous-jacents à chaque cadre. Bien que la plupart des auteurs ne nomment pas explicitement les bases philosophiques et théoriques de leur cadre, il est possible de déduire leurs assises en examinant avec soin leurs principes et leurs étapes. La colonne 5 offre une brève critique qui relève les forces et les limites de chaque cadre de référence.

## Analyse comparative des cadres de référence

Les cadres choisis pour cette analyse représentent un vaste éventail d'approches en matière d'éthique en santé publique. Ils varient en ce qui a trait à leur objectif et aux enjeux de santé publique qu'ils abordent, aux principes et au processus guidant l'analyse éthique, à leur approche qu'elle soit traditionnelle, étendue ou mixte, à leurs fondements théoriques et philosophiques et à la mesure dans laquelle ils répondent aux critères auxquels doit correspondre, selon Kenny *et al.* (2006), un cadre de référence en matière d'éthique en santé publique. Nous soulignons à tour de rôle les similitudes et les différences entre les cadres de référence en ce qui a trait à chacune de ces caractéristiques.

### ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Certains cadres mettent l'accent sur un problème de santé publique particulier, comme les dangers environnementaux, les maladies infectieuses et les pandémies de grippe (Selgelid, 2009; Thompson *et al.*, 2006; Upshur, 2002). D'autres sont des cadres plus généraux conçus pour s'appliquer à une variété d'enjeux de santé publique (Baylis *et al.*, 2008; Childress *et al.*, 2002; Kass, 2001; Public Health Leadership Society, 2002; Tannahill, 2008).

### PRINCIPES ET PROCESSUS

À cette étape du développement de l'éthique en santé publique, la plupart des cadres sont surtout un ensemble de principes élaborés au moyen d'une analyse éthique. Ils sont ainsi fondés sur la pratique et non issus de recherches empiriques démontrant leur utilité dans des situations précises. L'exception est un cadre canadien conçu afin de guider la prise de décision éthique dans la planification en cas de pandémie (Thompson *et al.*, 2006), lequel a été étudié empiriquement. Cette approche générale qui consiste à déterminer un ensemble de principes à considérer et à spécifier lorsque l'on doit prendre une décision pouvant contenir des enjeux éthiques a été appelée « principisme ». Le principisme a été la cible de critiques en éthique des soins de santé (Beauchamp, 1995; Clouser et Gert, 1990), principalement en ce qui a trait à son manque d'ancrages ou de liens avec la théorie éthique. Cette critique pourrait ne pas être entièrement juste parce que, comme l'illustre l'annexe 1, la base théorique sous-jacente est souvent implicite et peut être explicitée. Malgré les critiques, le principisme

conserve son attrait dans la pratique comme une manière éprouvée et utile d'aider les praticiens à penser aux enjeux éthiques lorsqu'ils n'ont pas de formation en éthique ou en philosophie (Upshur, 2002).

Certains cadres distinguent clairement les principes substantiels des principes procéduraux. Cette évolution représente une clarification conceptuelle transversale aux trois types de cadres (traditionnels, mixtes et étendus) et constitue une avancée concrète pour aider les praticiens à réfléchir, premièrement, aux principes substantiels qui éclairent les décisions et délimitent l'essence de la question éthique posée, et deuxièmement, aux processus par lesquels ces valeurs peuvent être mises en œuvre. Kenny *et al.* (2006), par exemple, offrent des définitions utiles des valeurs procédurales et substantielles en plus de définir les valeurs « de finalité » pour l'éthique en santé publique : « Une éthique en santé publique élaborée pourrait aider à déterminer les buts de la politique et de l'action (les valeurs de finalité), le processus approprié et juste pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique (valeurs procédurales) et les critères — les valeurs et les principes — sur lesquels se basent une politique ou une décision (valeurs substantielles) » (p. 403, traduction libre). Les valeurs de finalité, comme buts de la politique et de l'action, sont conformes aux objectifs moraux de la santé publique que, par exemple, Powers et Faden (2006) ont définis comme étant la promotion de la santé des populations et de l'équité en matière de santé. Les cadres d'éthique en santé publique qui, peu importe leur type, ne font pas la distinction entre les valeurs substantielles et les valeurs procédurales pourraient devenir plus utiles pour les praticiens s'ils explicitaient cette distinction.

Bien que plusieurs des cadres ne présentent que des principes (p. ex., Baylis *et al.*, 2008; Public Health Leadership Society, 2002; Selgelid, 2009), quelques autres offrent des lignes directrices plus pratiques en proposant une série d'étapes ordonnées logiquement, dans laquelle on accorde la priorité à certaines valeurs (Kass, 2001; Upshur, 2002). Il s'agit généralement des cadres mixtes, bien que ce ne soit pas exclusivement le cas. Quelques cadres offrent des conseils pour choisir entre des valeurs ou des principes en conflit (p. ex., Childress *et al.*, 2002). Enfin, un des cadres est en réalité un code d'éthique professionnel en santé publique (Public Health Leadership Society, 2002).



Même si plusieurs cadres mentionnent certains des mêmes principes substantiels (p. ex., le principe du tort), un large éventail de principes, tant substantiels que procéduraux, s'y retrouvent. Certains cadres ne proposent que quelques principes (p. ex., Upshur, 2002), tandis que d'autres en proposent plusieurs (p. ex., Thompson *et al.*, 2006). Par ailleurs, d'autres principes d'éthique en santé publique n'ont pas été intégrés dans la plupart de ces cadres (p. ex., le principe de précaution), alors qu'ils sont néanmoins de plus en plus reconnus comme étant importants à la prise de décision éthique en santé publique (Chaudry, 2008; Rosner et Markowitz, 2002). Le défi est qu'il n'existe pas d'accord général sur les principes, et les rares cadres d'éthique en santé publique existants n'ont pas été largement débattus par les membres de la communauté de santé publique. Kenny *et al.* (2006) soutiennent que les efforts faits jusqu'ici ont permis de constituer une liste exhaustive de principes. Ils proposent qu'il faut maintenant déterminer et justifier une liste de base sur laquelle nous pouvons nous entendre. D'autres, comme Dawson (2010), affirment qu'on ne peut s'attendre à ce qu'un seul cadre d'analyse réponde à tous les besoins. De plus, seules quelques applications de certains de ces cadres ont été publiées (voir l'annexe 3 pour des exemples d'applications) et celles-ci ont tendance à porter sur l'exemple d'une maladie transmissible. Le domaine bénéficierait d'un plus grand nombre d'exemples d'application de cadres allant au-delà de cette vision étroite pour englober une plus grande variété d'enjeux de santé publique. En particulier, des exemples d'application de cadres reposant sur les nouvelles approches étendues seraient tout spécialement utiles.

### COMPARAISON DES APPROCHES TRADITIONNELLES, ÉTENDUES ET MIXTES

Comme mentionné plus tôt, les cadres traditionnels sont généralement plus enracinés dans les valeurs libérales qui priorisent la liberté plutôt que la protection publique, la justice et peut-être même l'égalité et l'équité. Ils font appel aux quatre principes traditionnels de l'éthique biomédicale, ne semblent pas tenir compte de l'interdépendance des individus et des communautés, et offrent ce que Kass (2004) appelle un programme d'action négatif en matière d'éthique en santé publique. Autrement dit, les

principes de l'éthique en santé publique propres aux préoccupations visant les populations ne sont pas cadrés en des termes positifs, mais plutôt vus comme étant des violations acceptables de l'autonomie et de la liberté. Par ailleurs, selon certains, ces cadres sont les plus susceptibles d'être largement acceptés (Bull, Riggs et Nchogu, 2013) dans l'ensemble de la communauté de santé publique et au-delà. Cela reste à voir.

Les cadres étendus présentent une préoccupation explicite envers des valeurs que l'on pourrait caractériser comme étant largement communautaristes, même si leurs auteurs ne les désignent pas ainsi. Par exemple, Baylis *et al.* (2008) utilisent, pour nommer et décrire leurs principes, un langage qui traduit implicitement et explicitement des valeurs communautaristes et féministes. Les libertés individuelles ne sont pas privilégiées aux dépens des préoccupations liées aux communautés ou aux populations, mais les auteurs considèrent que les premières existent en relation avec les secondes, de façon interdépendante. De plus, les deux cadres étendus font explicitement la promotion de la justice sociale et de l'équité.

Les cadres mixtes partagent des principes à la fois avec les approches traditionnelles et avec les approches étendues. Ceux qui sont plus proches de l'extrémité traditionnelle du continuum peuvent ne contenir qu'un seul principe étendu, comme c'est le cas du cadre de Thompson *et al.* (2006), qui inclut le principe de la solidarité, que l'on voit également dans le cadre de Baylis *et al.* (2008). Le reste des principes du cadre de Thompson *et al.*, toutefois, se retrouvent dans les cadres plus traditionnels. Le cadre de Kass (2001) pourrait être caractérisé comme étant approximativement à mi-chemin entre les cadres traditionnels et étendus, mais avec un penchant pour le volet étendu. Kass se préoccupe de justice sociale et d'équité, reconnaissant l'obligation positive de la santé publique à intervenir en cas d'injustice ou d'iniquité. En revanche, elle conserve une préoccupation pour la tension libérale classique entre la protection du public et l'évitement des violations de l'autonomie individuelle. Cette préoccupation semble à l'encontre de sa volonté d'éviter un programme d'action négatif en matière de santé publique. Le travail de la Société pour le

leadership en santé publique (Public Health Leadership Society, 2002) est aussi un cadre mixte<sup>4</sup>, mais il penche davantage vers l'approche étendue en ce qu'il part de la communauté, souligne l'interdépendance des individus et de la communauté, et fait la promotion de l'autonomisation des plus démunis.

## FONDEMENTS PHILOSOPHIQUES ET THÉORIQUES

L'utilitarisme est une théorie éthique commune qui se reflète dans certains cadres traditionnels et mixtes par un souci de maximiser l'utilité. Les cadres d'analyse reflètent tous la préoccupation conséquentialiste de la santé publique en faveur de l'amélioration de la santé des populations. Autrement dit, tous les cadres se préoccupent implicitement ou explicitement de la promotion de la santé des populations, ce qui, selon Powers et Faden (2006), est l'un des deux objectifs moraux de la santé publique. Certains, surtout parmi les cadres mixtes et étendus, mettent aussi l'accent sur la promotion de l'équité en matière de santé, généralement cadrée comme une réduction des iniquités ou des disparités de santé, ce qui est le second objectif moral de la santé publique (Powers et Faden, 2006). Bien que la plupart des cadres se préoccupent de justice, il s'agit surtout de justice distributive — veiller à ce que les bénéfices et les fardeaux des interventions de santé publique soient partagés équitablement. Les exceptions sont les cadres étendus, qui comportent une conceptualisation explicite de la justice sociale distincte de la justice distributive, c'est-à-dire qu'ils se préoccupent non seulement de la répartition des ressources matérielles, mais aussi d'équité et d'obligations mutuelles en société, tout en incorporant une préoccupation explicite envers ceux et celles qui subissent des iniquités en raison d'arrangements sociaux injustes. Néanmoins, les cadres étendus reconnaissent aussi l'importance des préoccupations liées à la distribution.

Comme la plupart des cadres (surtout les cadres traditionnels et mixtes) découlent du libéralisme, il n'est pas surprenant qu'ils reflètent des éléments des théories utilitaristes et contractualistes. Certains cadres mixtes contiennent un ou plusieurs principes qui reflètent une perspective éthique

communautariste (p. ex., Public Health Leadership Society, 2002; Thompson *et al.*, 2006), mais un seul des cadres étendus (Baylis *et al.*, 2008) peut être catégorisé comme étant surtout communautariste, étant donné qu'il puise largement dans les concepts du communautarisme, du féminisme et du républicanisme civique et qu'il cite des auteurs importants de ces traditions. Toutefois, comme mentionné précédemment, les auteures elles-mêmes ne parlent pas de leur cadre féministe relationnel comme d'un cadre communautariste.

## COMPARAISON DES CADRES DE RÉFÉRENCE À PARTIR DES CRITÈRES PERMETTANT DE JUGER DE LEUR PERTINENCE

Chacun des cadres traditionnels, étendus et mixtes a été évalué quant à la mesure dans laquelle il répond aux cinq critères permettant de juger de la pertinence des cadres d'éthique en santé publique, tels que déterminés plus haut par Kenny *et al.* (2006). L'annexe 2 décrit si et comment ces critères sont respectés.

Le premier critère établit qu'un cadre d'éthique en santé publique devrait se pencher sur la tension entre la santé publique et les intérêts individuels. Tous les cadres traditionnels le font de façon explicite et offrent des lignes directrices dans les cas où les intérêts de la santé publique pourraient l'emporter sur la liberté individuelle, sur l'autonomie ou sur une autre valeur (p. ex., la protection de la vie privée). Dans ces cadres, des conditions rigoureuses doivent être en place pour justifier la violation de la liberté individuelle ou de l'autonomie. Un cadre mixte (Thompson *et al.*, 2006) offre certains conseils sur la manière d'aborder cette tension, mais comme ce cadre se situe très près de l'extrémité traditionnelle du spectre entre les cadres traditionnels et étendus, cela n'est pas très surprenant. Le reste des cadres mixtes et étendus ne se penchent pas précisément sur cette tension ou ne le font qu'en partie. Puisque les cadres étendus ont tendance à ne pas tenir pour acquise la tension libérale classique entre les intérêts individuels et collectifs, et puisque cette tension est recadrée comme étant relationnelle (c'est-à-dire que l'individu et la communauté sont considérés interdépendants), peut-être les auteurs ne considèrent-ils pas cette tension comme étant

<sup>4</sup> Signalons que même si nous suivons la manière de Brody *et al.* (2010) de catégoriser les cadres d'éthique comme étant « traditionnels », « mixtes » ou « étendus », nous ne sommes pas nécessairement d'accord avec leur classification des cadres eux-mêmes. Par exemple, ils classent le code d'éthique de la Société pour le leadership en santé publique comme étant traditionnel, mais nous l'avons classé comme étant mixte. L'annexe 2 explique notre propre classification des cadres dans chacune des catégories, indépendamment de la classification de Brody *et al.*

une priorité. Quoi qu'il en soit, dans ces cadres, la communauté est le point de départ de cette discussion.

Le deuxième critère établit qu'un cadre d'éthique en santé publique devrait tenir compte de l'intérêt public et du bien commun. Dans les cadres traditionnels, il y a peu ou pas d'attention portée spécifiquement envers le bien commun, même si une certaine préoccupation envers l'intérêt public peut être déduite de l'attention portée au principe du tort, en ce que les restrictions à la liberté sont justifiées si elles permettent de prévenir un tort aux autres ou au public. Les deux cadres étendus s'intéressent au bien commun, mais celui de Baylis *et al.* (2008) le fait plus explicitement que celui de Tannahill (2008). Des cadres mixtes, seul celui de la Société pour le leadership en santé publique (Public Health Leadership Society, 2002) s'occupe du bien commun. Le cadre de Kass ne le fait que partiellement et indirectement, tandis que celui de Thompson *et al.* (2006) ne parle pas du tout du bien commun.

Selon le troisième critère, un cadre devrait clarifier le lien entre la santé publique et les soins de santé. Parmi les cadres traditionnels, celui d'Upshur (2002) le fait de façon très explicite, tandis que celui de Childress *et al.* (2002) ne le fait qu'en partie. Selgelid (2009) ne le fait pas du tout. De même, deux des trois cadres mixtes ne font pas cette clarification et un seul des cadres étendus le fait (Baylis *et al.*, 2008).

Le quatrième critère précise qu'un cadre d'éthique en santé publique devrait s'intéresser aux déterminants sociaux de la santé. Aucun des cadres traditionnels ne partage cette préoccupation. Ce n'est pas le cas non plus du cadre mixte de Thompson *et al.* (2006), lequel, comme mentionné précédemment, est très proche des cadres traditionnels. Le reste des cadres mixtes et étendus partagent très explicitement cette caractéristique.

Enfin, le cinquième critère soutient qu'un cadre d'éthique en santé publique devrait reconnaître l'importance de réduire les iniquités de santé et de s'occuper des populations les plus vulnérables. Comme on pourrait s'y attendre, les cadres étendus partagent cette caractéristique de manière forte et explicite, et c'est aussi le cas de deux des trois cadres mixtes. Ni les cadres traditionnels ni le cadre mixte plus traditionnel de Thompson *et al.* (2006) ne se penchent explicitement sur la réduction des

iniquités de santé ou sur la priorisation des populations désavantagées ou marginalisées afin de réduire les inégalités de santé injustes.

Dans l'ensemble, la conclusion que l'on peut tirer est que les cadres étendus et certains des cadres mixtes sont plus susceptibles de comporter un plus grand nombre ou la plupart des caractéristiques démontrant la pertinence et le bien-fondé des cadres d'éthique en santé publique, selon les critères proposés par Kenny *et al.* (2006). Comme mentionné précédemment, il n'existe aucun consensus sur un cadre de référence normatif pour l'éthique en santé publique (Wilson, 2009), et cela, malgré l'élaboration de cadres variés. La sélection d'un cadre sera déterminée, en partie, par l'orientation philosophique propre au praticien — même si elle n'est pas reconnue explicitement — ainsi que par l'enjeu à l'étude et le contexte plus large dans lequel il se situe. Bien que les praticiens de santé publique partagent plusieurs objectifs et valeurs, des différences subtiles existent souvent dans les valeurs qui sous-tendent ces objectifs partagés. Pour ces raisons, il semble peu probable qu'on arrive bientôt à un accord à propos d'un cadre éthique commun en santé publique, parce que les différents cadres reflètent des perspectives différentes par rapport à la santé publique et à ses valeurs sous-jacentes. C'est pourquoi, comme l'a soutenu Wilson (2009), il n'existe pas de cadre normatif universel en santé publique.

## Pistes pour les travaux futurs en matière d'éthique en santé publique

Donc où en sommes-nous, et que faisons-nous maintenant? Malgré sa relative nouveauté, l'éthique en santé publique a fait beaucoup de chemin grâce aux nombreux travaux théoriques et empiriques menés à l'international ainsi qu'au Canada. Le développement des fondements philosophiques et des cadres de référence guidant la pratique et la prise de décision a été important, mais les résultats restent provisoires, contradictoires et parfois peu utiles en pratique. La plupart des cadres restent ancrés dans une perspective éthique utilitaire ou contractualiste, et les cadres communautaristes ont été peu développés, même si on pourrait soutenir qu'ils correspondent mieux aux valeurs et aux engagements qui sont au cœur de la santé publique. Le travail fait d'un point de vue communautariste ou relationnel est plus théorique que pratique, et même

les auteurs de ces cadres reconnaissent qu'il reste beaucoup à faire (Baylis *et al.*, 2008). Ainsi, les avancées au sujet des cadres communautaristes, en particulier l'élaboration d'applications pratiques, aideront à offrir des conseils aux praticiens en matière de prise de décision dans des situations concrètes. Par ailleurs, les cadres traditionnels et mixtes gagneraient eux aussi à être perfectionnés, surtout pour les faire correspondre plus explicitement aux objectifs moraux de la santé publique et pour fournir des lignes directrices plus pratiques.

Que l'on adopte un cadre d'analyse traditionnel, étendu ou mixte, il y a un vaste éventail d'enjeux de santé publique importants auxquels nous sommes confrontés et qui nécessitent une analyse éthique. En particulier, des applications pratiques allant au-delà des maladies infectieuses seraient très utiles. Par exemple, Kenny *et al.* (2006) relèvent une série d'enjeux éthiques qu'il reste à aborder dans chacune des fonctions centrales de la santé publique : la protection de la santé, la surveillance de la santé, la prévention des malades et des blessures, l'évaluation de la santé des populations, la promotion de la santé et l'intervention en cas de catastrophe. Daniels (2011) propose un programme d'action plus large pour la bioéthique qui s'inspire manifestement de la recherche et des réflexions menées en éthique en santé publique. Il suggère que le programme d'action en matière d'équité, qui est au programme de la santé publique, soit repris par la bioéthique plus largement. Si c'était le cas, le fossé serait moins profond entre les engagements de la santé publique et ceux des soins de santé. Daniels indique qu'il faut se concentrer sur l'équité dans trois domaines clés : (1) les iniquités de santé entre différents groupes sociaux et les politiques nécessaires pour les réduire; (2) l'équité intergénérationnelle dans le contexte d'un vieillissement sociétal rapide; et (3) les enjeux d'équité soulevés par les iniquités de santé internationales.

Wikler et Brock (2007) offrent une liste beaucoup plus longue d'enjeux éthiques qui nécessitent qu'on y porte attention à l'avenir. Ceux-ci comprennent la différence entre la responsabilité sociale et la responsabilité individuelle en matière de santé; le lien entre la santé et les droits de la personne à l'échelle des populations; l'établissement des priorités en santé publique; l'analyse coût/efficacité et son apparente incapacité à tenir compte de

l'équité<sup>5</sup>; le lien entre la santé et le développement économique; l'éthique dans les interventions humanitaires d'urgence; la justice environnementale et l'équité; la génétique des populations; le vieillissement mondial; l'équité en matière de santé mondiale; les déterminants sociaux de la santé des populations; l'éthique de la recherche et la justice sociale; les implications pratiques d'une perspective populationnelle; et la réforme du système de santé. Pour chacun de ces enjeux, les auteurs ont proposé des questions éthiques importantes, mais ils observent que l'analyse éthique associée à la plupart de ces questions a jusqu'à aujourd'hui été limitée. Plus qu'une liste d'épicerie, ces enjeux fournissent un programme d'action utile pour plus de recherches et d'avancées dans le domaine de l'éthique en santé publique.

En 2004, Nancy Kass suggérait que l'avenir de l'éthique en santé publique serait axé sur l'éthique de la recherche en santé publique, sur l'éthique mondiale et sur la justice environnementale. En ce qui concerne l'éthique de la recherche, de récents travaux canadiens ont commencé à aborder la question à savoir si les critères pour juger de l'éthique d'une recherche, tels qu'exprimés dans l'Énoncé de politique des trois Conseils : *Éthique de la recherche avec des êtres humains* (appelé l'EPTC 2) (<http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>), tiennent pleinement compte des préoccupations des populations et de la santé publique. Santé publique Ontario (Public Health Ontario, 2012) a aussi conçu un cadre d'analyse, adoptant une perspective de santé publique, qui vise à guider les chercheurs et les évaluateurs en santé publique dans la planification et l'évaluation de la conduite éthique de la recherche en santé publique. Ce cadre s'inspire, entre autres, du cadre d'éthique en santé publique de Kass (2001).

De plus, le Groupe sur la conduite responsable de la recherche du Gouvernement du Canada (<http://www.rcr.ethics.gc.ca/fra/srcr-scrr/tor-cdr/>) a créé un comité d'experts pour qu'ils donnent leur avis par rapport à des enjeux propres à l'éthique de la recherche sur les populations et la santé publique. L'objectif de ce Groupe est d'ajouter des lignes directrices propres à ces enjeux à l'Énoncé de politique des trois Conseils. Le Groupe a reconnu que même si l'EPTC 2 constitue une révision importante de l'édition originale de 1998 de l'EPTC, il

<sup>5</sup> Pour plus d'information à ce sujet, voir Rozworski et Bellefleur (2013) et Rozworski (2014).



n'aborde pas encore les enjeux propres à la recherche dans les domaines des populations et de la santé publique. Les objectifs de ce comité sont de déterminer les enjeux éthiques clés dans ces domaines de recherche, d'aider à rédiger des directives éthiques en réponse à ces enjeux et d'expliquer la meilleure façon d'intégrer ces directives dans l'EPTC. Ces travaux sont en cours.

Les enjeux liés à l'éthique mondiale et à la justice environnementale sont d'autres domaines de développement futur en matière d'éthique en santé publique que plusieurs croient qu'il est urgent et nécessaire d'aborder. Ces efforts pourraient en fait contribuer à réduire les iniquités de santé tant à l'intérieur des États-nations qu'à l'échelle mondiale (Benatar, Daar et Singer, 2003). Dans le contexte mondial des avancées rapides en sciences et en technologies, des iniquités de santé grandissantes, des niveaux croissants de pauvreté extrême, des iniquités dans les schémas de dépenses en soins de santé à l'échelle de la planète et de la croissance démographique qui entraîne une augmentation de la surconsommation et de la dégradation environnementale, Benatar *et al.* plaident de façon convaincante en faveur de l'importance d'une éthique de santé globale qui tient compte de la justice environnementale. Ils montrent très clairement les problèmes éthiques pour lesquels des solutions sont essentielles afin d'éviter des révoltes massives et de la violence de la part des groupes défavorisés qui sont systématiquement exclus des bénéfices que d'autres ont obtenus ou qui pourraient systématiquement vivre les conséquences négatives de la dégradation environnementale.

## Conclusion

On s'accorde de plus en plus pour dire que l'éthique visant à guider la prise de décision en santé publique doit être distincte de l'éthique qui guide la prise de décision en matière de soins de santé plus généralement. Une telle éthique devrait être ancrée dans les valeurs et les principes propres à la santé publique. À ce jour, il n'existe pas de consensus sur un cadre de référence normatif en matière d'éthique en santé publique, mais des progrès considérables ont été faits dans la conception de cadres qui tiennent compte des valeurs de base et des objectifs moraux propres à la santé publique. Il est peu probable qu'un seul cadre puisse guider la prise de décision éthique en santé publique; plutôt, l'enjeu de santé publique concerné, le contexte spécifique et l'orientation philosophique des personnes impliquées détermineront quel cadre pourrait être le plus approprié à un ensemble de circonstances données. Beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine, notamment : une meilleure explication des cadres qui n'offrent pas actuellement de directives détaillées dans leur application; l'élaboration d'exemples de cas concrets d'application des cadres d'éthique en santé publique disponibles à une gamme beaucoup plus large de problèmes en santé publique; plus d'analyse éthique des nombreux enjeux de santé publique qui n'ont pas encore été sérieusement abordés; et une attention portée aux crises émergentes ou potentielles en santé publique, particulièrement dans les domaines de l'éthique mondiale et de la justice environnementale.

## Références

- Association des infirmières et infirmier du Canada. (2006). *Les défis éthiques de la pratique infirmière en santé publique*. Ottawa. Consulté en ligne : [http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics\\_in\\_practice\\_jan\\_06\\_f.pdf?la=fr](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_jan_06_f.pdf?la=fr)
- Bayer, R., Levine, C. et Wolf, S. M. (1986). HIV antibody screening: An ethical framework for evaluating proposed programs. *Journal of the American Medical Association*, 256(13), 1768-1774.
- Baylis, F., Kenny, N. P. et Sherwin, S. (2008). A relational account of public health ethics. *Public Health Ethics*, 1(3), 196-209.
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. E. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York : Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. (1995). Principlism and its alleged competitors. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5(3), 181-198.
- Benatar, S. R., Daar, A. S. et Singer, P. A. (2003). Global health ethics: The rationale for mutual caring. *International Affairs*, 79(1), 107-128.
- Brody, H. A., Hermer, L. D., Eagen, S., Bennett, A. et Avery, E. (2010). *Frameworks for public health ethics and their application to the statewide allocation of resources in novel H1N1 influenza: A report to the Texas Department of Health Services*. Consulté en ligne à : <http://www.phe.gov/coi/Documents/Frameworks%20for%20Public%20Health%20Ethics%20and%20Their%20Application%20to%20the%20Statewide%20Allocation%20of%20Resources%20in%20Novel%20H1N1%20Influenza.pdf>
- Bull, T., Riggs, E. et Nchogu, S. N. (2013). *Report from the ISECN Working Group: Recommendations for an IUHPE model for ethics in health promotion*. Consulté en ligne à : <http://isecn.org/wp-content/uploads/2013/03/Recommendations-for-an-IUHPE-model-of-ethics-in-health-promotion.pdf>
- Chaudry, R. V. (2008). The precautionary principle, public health and public health nursing. *Public Health Nursing*, 25(2), 261-268.
- Childress, J. E., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., ... Nieberg, P. (2002). Public health ethics: Mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 170-178.
- Clouser, K. et Gert, B. (1990). A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 219-236.
- Daniels, N. (2011). Equity and population health: Toward a broader bioethics agenda. Dans A. Dawson (dir.), *Public health ethics: Key concepts and issues in policy and practice* (p. 191-210). Cambridge : Cambridge University Press.
- Dawson, A. (2010). Theory and practice in public health ethics: A complex relationship. Dans S. Peckham et A. Hann (dir.), *Public health ethics and practice* (p. 191-209). Bristol : The Policy Press.
- Jennings, B. (2003). Frameworks for ethics in public health. *Acta Bioethica*, 9(2), 165-176.
- Kass, N. E. (2001). An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1776-1782.
- Kass, N. E. (2004). Public health ethics: From foundations and frameworks to justice and global public health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32, 232-242.
- Kass, N. E. (2005). An ethics framework for public health and avian influenza pandemic preparedness. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 78, 235-250.
- Kenny, N. P., Melnychuk, R. et Asada, Y. (2006). The promise of public health: Ethical reflections. *Canadian Journal of Public Health*, 97(5), 402-404.
- Kenny, N. P., Sherwin, S. B. et Baylis, F. E. (2010). Re-visioning public health ethics: A relational perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 101(1), 9-11.

- Lee, L. M. (2012). Public health ethics theory: Review and path to convergence. *Public Health Reviews*, 34(1), 1-26.
- MacDonald, M. (2013). Ethics of public health. Dans J. L. Storch, P. Rodney et R. Starzomski (dir.), *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. Pearson Education Canada.
- MacDonald, M. (2014). *Introduction à l'éthique en santé publique 1 : contexte*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/2014\\_Ethique\\_Intro1\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2014_Ethique_Intro1_Fr.pdf)
- MacDonald, M. (2015). *Introduction à l'éthique en santé publique 2 : fondements philosophiques et théoriques*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/2015\\_Ethique\\_Intro2\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_Intro2_Fr.pdf)
- Omer, S. B. (2013). Applying Kass's public health ethics framework to mandatory health care worker immunization: The devil is in the details. *American Journal of Bioethics*, 13(9), 55-57. doi : 10.1080/15265161.2013.825122
- Paquin, L. J. (2007). Was WHO SARS-related travel advisory for Toronto ethical? *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 209-211. Consulté en ligne à : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/download/814/814>
- Pederson, A., Rice, W., Long, P., Jategaonkar, N., Greaves, L., Chasey, S., ... Bottorff, J. L. (2012). Des résultats équitables? Les problèmes liés aux preuves, à l'équité et à l'éthique entourant les politiques d'environnement extérieur sans fumée. Dans Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, *Éthique en santé publique et des populations : cas tirés de la recherche, des politiques et de la pratique* (p. 65-69). Toronto, Ottawa : Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto. Consulté en ligne à : <http://www.jcb.utoronto.ca/publications/documents/Population-and-Public-Health-Ethics-Casebook-FRENCH.pdf>
- Powers, M. et Faden, R. (2006). *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. New York : Oxford University Press.
- Public Health Leadership Society. (2002). *Principles of the ethical practice of public health*.
- Public Health Ontario. (2012). *A framework for the ethical conduct of public health initiatives*. Toronto.
- Rawls, J. (1997). *Théorie de la justice*. Paris : Édition du Seuil.
- Rosner, D. et Markowitz, G. (2002). Industry challenges to the principle of prevention in public health: The precautionary principle in historical perspective. *Public Health Reports*, 117, 501-512.
- Rozworski, M. (2014). *Méthodes d'évaluation économique : quelles sont les implications éthiques pour les politiques publiques favorables à la santé?* Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/2014\\_EvalEcon\\_Methodes\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2014_EvalEcon_Methodes_Fr.pdf)
- Rozworski, M. et Bellefleur, O. (2013). *Introduction aux implications éthiques des évaluations économiques pour les politiques publiques favorables à la santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/EthiqueEvalEcon\\_FR.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/EthiqueEvalEcon_FR.pdf)
- Selgelid, M. J. (2009). A moderate pluralist approach to public health policy and ethics. *Public Health Ethics*, 2(2), 195-205.
- Tannahill, A. (2008). Beyond evidence – to ethics: A decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23(4), 380-390.
- Thomas, J. C., Sage, M., Dillenburg, J. et Guillory, V. J. (2002). A code of ethics for public health. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1057-1059.

- Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L. et Upshur, R. E. G. (2006). Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(12). Consulté en ligne à : <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/12>
- Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 101-103.
- Wikler, D. et Brock, D.W. (2007). Population-level bioethics: Mapping a new agenda. Dans A. Dawson et M. Verweij (dir.), *Ethics, prevention and public health* (p. 78-94). New York : Oxford University Press.
- Wilson, J. (2009). Towards a normative framework for public health ethics and policy. *Public Health Ethics*, 2(2), 184-194.
- Young, I. M. (1990). *Justice and the politics of difference*. Princeton : Princeton University Press.



## Annexe 1 Analyse des cadres d'éthique en santé publique en fonction de la catégorisation de Brody *et al.* (2010)

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
<b>Cadres d'analyse traditionnels</b>				
<p>Childress <i>et al.</i> (2002).</p> <p><i>Public Health Ethics: Mapping the Terrain</i></p>	<p>Proposer un ensemble de considérations morales générales largement pertinentes à la santé publique (SP) en ce qui a trait aux conditions justificatives permettant d'accorder un poids supérieur à des considérations morales particulières dans des circonstances précises en vue d'offrir des lignes directrices concrètes.</p> <p>Vise des enjeux de SP généraux.</p>	<p>Les considérations morales générales sont (extrait adapté de Childress <i>et al.</i>, 2002, p. 171-172) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Créer des bénéfices (bienfaisance);</li> <li>2. Prévenir, éliminer ou éviter les torts (non-malfaisance);</li> <li>3. Maximiser les bénéfices par rapport aux torts (utilité);</li> <li>4. Répartir équitablement les bénéfices et les fardeaux (justice distributive);</li> <li>5. Offrir au public, en particulier à ceux et celles qui sont les plus touchés, des possibilités adéquates de participation (justice procédurale);</li> <li>6. Respecter les choix et les actions autonomes (autonomie et liberté);</li> <li>7. Veiller à la protection de la vie privée et de la confidentialité;</li> <li>8. Respecter les promesses et les engagements;</li> <li>9. Divulguer l'information et dire la vérité (transparence);</li> <li>10. Bâtit et maintenir la confiance.</li> </ol> <p>Lorsque les considérations morales générales sont en conflit, cinq conditions justificatives sont proposées pour aider à déterminer quand une considération morale devrait être priorisée par rapport à une autre dans l'intérêt de la promotion de la SP. Les conditions sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efficacité — pour justifier la transgression de l'une des considérations morales, l'action devrait protéger efficacement la SP;</li> <li>2. Proportionnalité — les bénéfices potentiels pour la santé doivent dépasser les conséquences négatives de la transgression d'une considération morale;</li> <li>3. Nécessité — une action de SP doit non seulement protéger efficacement la SP, mais elle doit être nécessaire, surtout si la stratégie est coercitive;</li> </ol>	<p>Les auteurs soutiennent que les considérations morales générales ne sont pas liées à une théorie particulière. Elles peuvent toutes être plus ou moins présentes dans une perspective philosophique ou théorique particulière. Malgré cette affirmation, les considérations morales générales trouvent principalement écho dans le libéralisme, comme en témoigne l'usage du principe du tort de Mill l'accent est mis sur les principes de l'autonomie, de la liberté et de la justice distributive (d'une perspective rawlsienne — Rawls, 1997).</p> <p>L'utilitarisme (ancré dans l'idée d'un agent autonome, semblable à l'individu autodéterminé du libéralisme) se reflète dans l'accent mis sur la maximisation de l'utilité.</p>	<p>Ce cadre tient compte du contexte en reconnaissant que différentes considérations et différentes conditions justificatives s'appliqueront dans différentes situations, pour des enjeux de SP différents, et dans différents groupes de population. Cela fait de lui un cadre complet et applicable en général.</p> <p>Il offre des lignes directrices pratiques et explicites pour savoir comment soulever une considération morale par rapport à une autre. Toutefois, aucune attention explicite n'est accordée à l'équité en santé ou aux besoins des personnes les plus défavorisées.</p> <p>Ce cadre présente d'importants chevauchements avec plusieurs autres cadres d'éthique en SP.</p> <p>Les principes comprennent tant des principes substantiels que des principes procéduraux, mais ils ne sont pas différenciés en tant que tels.</p> <p>Bien que certaines considérations, particulièrement celles de nature procédurale, puissent être partagées par les communautaristes, aucune considération morale générale et aucune condition justificative ne</p>

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
		<p>4. Transgression minimale — les responsables de la SP devraient utiliser les stratégies qui transgressent le moins les considérations morales;</p> <p>5. Justification publique — lorsqu'une action en SP transgresse une ou plusieurs considérations morales, elle doit être expliquée et justifiée auprès du public, et particulièrement auprès des personnes qui sont les plus touchées (transparence).</p>		<p>priorise explicitement la communauté par rapport à l'individu ou ne reconnaît leur interdépendance. Cependant, les bénéfices pour la communauté dans son ensemble pourraient être pris en compte dans la première considération morale.</p>
<p>Selgelid (2009).</p> <p><i>A Moderate Pluralist Approach to Public Health Policy and Ethics</i></p>	<p>Se fonder sur des principes pour offrir une façon d'établir un équilibre entre les valeurs d'utilité, de liberté et d'égalité dans les cas où celles-ci sont en conflit. Au lieu de choisir entre ces valeurs indépendantes, puisqu'aucune n'aurait la priorité absolue en toutes circonstances, nous devrions chercher des manières créatives de promouvoir ces trois valeurs en même temps.</p> <p>Vise des enjeux de SP où des atteintes à la liberté pourraient être en question, en particulier le contrôle des</p>	<p>L'auteur le définit comme une « théorie pluraliste » (traduction libre) puisant dans d'autres cadres ayant établi des principes permettant de faire des compromis entre des valeurs sociales. Ce cadre suggère des manières possibles d'élaborer des approches permettant d'équilibrer des principes en considérant que les stratégies ne sont pas acceptables ou inacceptables, mais qu'elles présentent des degrés d'acceptabilité ou d'inacceptabilité, et cela, grâce à des mesures comme les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI ou <i>DALY</i>). Les principes qu'il offre comme point de départ sont (extrait adapté de Selgelid, 2009, p. 202) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La restriction des libertés au nom de la SP devrait s'appuyer sur des données probantes quant à son efficacité en matière de protection ou de promotion de la santé.</li> <li>2. L'option la moins restrictive ou qui empiète le moins sur les libertés devrait être utilisée.</li> <li>3. Les stratégies empiétant de façon extrême sur les libertés ne devraient pas être imposées, sauf lorsque de ne pas le faire aurait de graves conséquences.</li> <li>4. Ces stratégies devraient être utilisées équitablement (c'est-à-dire d'une manière non discriminatoire).</li> <li>5. Tout empiètement nécessaire sur la liberté devrait être appliqué de façon à minimiser son fardeau.</li> <li>6. Les personnes dont les libertés sont violées devraient recevoir une compensation (réciprocité).</li> </ol>	<p>Utilitarisme (utilité), libertarisme (liberté) et égalitarisme (égalité). Ancré dans la théorie libérale, ce cadre priorise le dilemme libéral de l'équilibre entre la protection du public et la liberté. Malgré l'argument selon lequel cette approche serait intégrée et engloberait les trois théories éthiques susmentionnées, les principes de départ semblent donner la plus haute priorité à la valeur de la liberté, qui est mentionnée dans cinq des huit principes. Le conséquentialisme se reflète dans la préoccupation à l'égard des effets sur la santé et l'utilitarisme ressort clairement dans l'utilisation des mesures comme les AVCI (<i>DALY</i>).</p>	<p>L'auteur offre des exemples de situations dans lesquelles, selon lui, la plupart des gens auraient tendance à favoriser chacune des trois valeurs. Un seul principe traite d'égalité en ce que les stratégies devraient être appliquées équitablement, c'est-à-dire d'une manière non discriminatoire, bien qu'un certain accent soit mis sur la protection des personnes les plus démunies de la société. Toutefois, aucun accent n'est mis à proprement parler sur l'équité en matière de santé en tant qu'objectif moral important de la SP, et la préséance de l'équité dépendrait du degré et de la nature des inégalités.</p> <p>Les approches permettant de faire des compromis entre ses principes n'ont pas encore été développées — l'auteur propose quelques idées plausibles sur la façon dont cela pourrait être fait. Le cadre contient des valeurs substantielles et procédurales, mais ne fait pas la distinction entre elles.</p>

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
	maladies infectieuses.	7. La mise en œuvre des restrictions devrait suivre la procédure établie (justice procédurale). 8. Les mécanismes de démocratie et de transparence devraient guider la prise de décision politique.		
Upshur (2002).  <i>Principles for the Justification of Public Health Intervention</i>	Offrir une heuristique permettant de guider la prise de décision en SP et de justifier les décisions de SP visant à réduire, à contrôler ou à éliminer les risques principalement liés aux dangers environnementaux et aux maladies infectieuses.	Il s'agit d'un cadre « par étapes », car il énonce un ordre logique des étapes que doit suivre l'analyse (extrait adapté d'Upshur, 2002, p. 102) :  1. Principe du tort — les actions de SP sont justifiées lorsqu'elles préviennent le tort fait à autrui, mais pas le tort à soi-même. 2. Les moyens les moins restrictifs — imposer l'autorité de l'État ne devrait se faire qu'en cas de circonstances exceptionnelles. Les méthodes plus coercitives ne devraient être utilisées que lorsque les méthodes moins coercitives ne sont pas efficaces. 3. Principe de réciprocité — lorsqu'une action de SP est justifiée, l'individu ou la communauté doit obtenir de l'aide pour s'acquitter de ses obligations et recevoir une compensation pour les fardeaux qui lui sont imposés. 4. Principe de transparence — toutes les parties prenantes pertinentes devraient être impliquées dans la prise de décision de façon égale, sans coercition et sans interférence politique.	Éthique utilitariste et libéralisme égalitaire.  La préoccupation conséquentialiste à l'égard de la protection de la santé est implicite plutôt qu'explicite. La liberté est mise de l'avant dans le principe concernant les moyens les moins restrictifs. Ce cadre reflète le principal dilemme libéral en matière de SP — l'atteinte d'un équilibre entre la protection de la SP et le maintien des libertés individuelles.  Le libéralisme ressort aussi de la priorité donnée au principe du tort de Mill dans la première étape du processus.	Il offre une heuristique pratique et facile d'utilisation qui s'applique à une gamme limitée d'interventions en SP. Il ne s'applique pas à la promotion de la santé, à la prévention ou au dépistage. Il semble se concentrer uniquement sur les actions de SP qui briment les libertés individuelles afin de prévenir des torts.  Il comprend trois principes substantiels et un principe procédural (la transparence), mais il ne fait pas la distinction entre ceux-ci. Il ne tient pas compte de la communauté et des aspects relationnels des pratiques de SP.  Il témoigne d'une version limitée de la transparence, parce qu'il ne prévoit rien pour favoriser les commentaires de la part de populations n'ayant ni le pouvoir ni les ressources pour participer comme parties prenantes.
<b>Cadres d'analyse étendus</b>				
Baylis <i>et al.</i> (2008).  <i>A Relational Account of Public Health Ethics</i>	Offrir un cadre complet qui englobe toute la gamme des responsabilités en matière de SP, en fonction d'une orientation relationnelle qui s'intéresse à la	Ce cadre est fondé sur les concepts suivants (extrait adapté de Baylis <i>et al.</i> , 2008, p. 5-10) :  1. Personne relationnelle — contrairement à l'idéal libéral d'une personne indépendante, rationnelle, mue par ses intérêts personnels et séparée des autres, les personnes sont vues comme étant des êtres profondément sociaux qui se développent et deviennent des personnes à travers l'échange et l'interaction avec d'autres. Les personnes sont socialement, politiquement	Reflète implicitement la perspective du communautarisme démocratique en puisant dans la théorie relationnelle féministe et en étant conforme à certains éléments du républicanisme civique. Ce cadre possède aussi des	Il s'agit plus d'un cadre théorique général de haut niveau que d'un cadre ancré dans la pratique.  Une force importante est l'accent mis sur un large éventail de défis éthiques en SP. D'autres cadres d'éthique ont été plus limités dans leur approche (c'est-à-dire axés

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
	<p>vulnérabilité des sous-populations ayant peu de pouvoir social et économique.</p> <p>Ses objectifs sont : 1) de concevoir des politiques et des programmes visant l'intérêt commun dans la prévention des maladies, l'établissement de communautés physiquement et socialement en santé, et l'élimination des iniquités de santé; 2) de promouvoir l'intérêt public et le bien commun (c'est-à-dire nos intérêts partagés envers la survie, la sûreté et la sécurité).</p> <p>Vise l'ensemble des enjeux de SP.</p>	<p>et économiquement situées, et elles sont constituées par leurs relations avec les autres.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Autonomie relationnelle — conçoit l'autonomie comme étant le résultat de relations sociales et non une réalisation individuelle. Les choix des individus dépendent des options à leur disposition. Nous sommes inégaux face aux possibilités de développer notre autonomie.</li> <li>3. Justice sociale — s'appuie sur la théorie de la justice sociale de Powers et Faden (2006), laquelle est conforme à l'idée d'opposition entre la justice relationnelle et la justice distributive. Six dimensions distinctes du bien-être (dont l'une est la santé) sont interreliées et s'influencent l'une l'autre. Chacune est une lentille permettant d'évaluer l'impact des schèmes d'organisation sociale existants sur le traitement juste et l'équité. À partir des travaux de Young (1990), les auteures suggèrent que la justice sociale va au-delà des préoccupations concernant la répartition des biens matériels pour concerner aussi l'accès aux « biens sociaux tels que des droits, des occasions favorables, le pouvoir et le respect de soi » (p. 203, traduction libre).</li> <li>4. Solidarité relationnelle — dépasse les notions traditionnelles de solidarité qui situent celle-ci dans l'intérêt égoïste plutôt que dans le bien commun. Dans ce contexte, les auteures conviennent qu'une conception relationnelle de la solidarité existe déjà au sein de la SP et que celle-ci reconnaît d'importantes différences entre les gens. Cette vision n'aboutit pas à une conception de « nous » et d'« eux », mais tient compte de « nous tous », et elle va plus loin en proposant que l'on soit conscient et que l'on réponde aux besoins particuliers des personnes qui sont les plus défavorisées aux plans social et économique.</li> </ol>	<p>éléments conséquentialistes, étant donné ses objectifs explicites de SP. Cette vision ressemble au communautarisme démocratique de Jennings (2003) et est liée aux théories politiques de la démocratie délibérative.</p> <p>Ce cadre s'appuie sur la théorie de la justice sociale en SP de Powers et Faden (2006), qui à son tour se fonde sur la théorie critique de la justice de Young (1990), laquelle offre une critique de la justice distributive.</p>	<p>sur des enjeux de SP précis, comme les maladies infectieuses).</p> <p>Une de ses forces est qu'il commence à énoncer des principes clairs qui sont conformes à une perspective relationnelle féministe ainsi qu'à une perspective communautariste. Il prend appui tant explicitement qu'implicitement sur les objectifs moraux de la SP et sur les valeurs morales inhérentes à sa pratique. Il n'aborde pas du tout le dilemme libéral classique de l'équilibre entre la liberté et les actions de SP, car il reconnaît l'interdépendance entre l'individu et la société.</p> <p>L'approche relationnelle pourrait offrir une manière de résoudre les tensions polarisées en SP, mais l'on ne précise pas comment le faire. Dans l'ensemble, ce cadre a besoin d'être plus approfondi en ce qui a trait à son application concrète.</p>
<p>Tannahill (2008).</p> <p><i>Beyond Evidence – to Ethics: A</i></p>	<p>Offrir un « cadre [d'éthique] à la prise de décision en matière de promotion de la santé, de santé</p>	<p>Basé sur le postulat selon lequel, si les données probantes quant à l'efficacité sont une considération importante dans le choix des actions de promotion de la santé et des actions de SP, l'éthique devrait être le point de départ. Ce cadre offre un guide pour équilibrer les questions liées aux données probantes,</p>	<p>Des concepts communautaristes ou des concepts du républicanisme civique apparaissent clairement (p. ex., accent sur la</p>	<p>Ce cadre est beaucoup plus large que plusieurs autres cadres d'éthique en SP, parce qu'il met l'accent sur la prise de décision à propos de n'importe quelle action de SP ou de promotion de la</p>



Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
<p><i>Decision-Making Framework for Health Promotion, Public Health and Health Improvement</i></p>	<p>publique et d'amélioration de la santé, qui porte au pinacle un ensemble de principes éthiques » (p. 380, traduction libre).</p> <p>Visé la promotion générale de la santé et les enjeux de SP, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la santé.</p>	<p>à la théorie et à l'éthique dans la prise de décision en SP. Les principes éthiques (dont les termes associés ou parallèles sont reproduits entre parenthèses) sont les suivants (extrait adapté de Tannahill, 2008, p. 387) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Faire le bien</i> — se rapporte à la santé des populations et non seulement à celle des individus. On s'intéresse à l'importance de l'enjeu, à la cause, aux possibilités de prévention, à l'efficacité, au degré de bénéfice probable, à la faisabilité et à la portée (bienfaisance, efficacité, qualité, utilité).</li> <li>2. <i>Ne pas faire de tort</i> — des actions qui aident les uns peuvent faire du tort aux autres, et on doit donc viser un équilibre acceptable. Des actions visant à limiter le tort devraient être proposées (non-malfaisance, sécurité, qualité).</li> <li>3. <i>Équité</i> — s'attaquer aux inégalités de santé est une des priorités du programme d'action en SP, fondé sur la justice sociale et distributive. Des actions appliquées de façon inégale pourraient produire des résultats égaux en matière de santé et générer de l'équité (traitement juste, égalité, justice, cohésion, solidarité).</li> <li>4. <i>Respect</i> — des personnes, des familles, des communautés, des populations. Inclut la protection et la promotion du respect de soi (diversité, équité, autonomie, acceptabilité, consentement, mutualité, estime de soi).</li> <li>5. <i>Autonomisation</i> — aider les individus, les familles, les communautés et les populations à avoir plus de contrôle. Consiste à promouvoir les conditions et les possibilités pour avoir une bonne santé (autonomie, habilitation, littératie en matière de santé, autoefficacité, développement de la communauté, solidarité, cohésion, mutualité).</li> <li>6. <i>Viabilité</i> — veiller à ce que les actions de santé soient viables aussi longtemps que nécessaire; reconnaître qu'une amélioration viable de la santé exige une conservation des ressources et de l'environnement (efficacité à long terme, environnement, citoyenneté, obligation redditionnelle).</li> </ol>	<p>population, mutualité, solidarité, développement de la communauté, équité, justice sociale, citoyenneté et responsabilité sociale). Plusieurs principes sont aussi conformes au libéralisme, mais la liberté n'est pas mentionnée, ni l'équilibre entre les actions de SP et la liberté individuelle. En fait, l'auteur soutient que le principe de l'autonomisation, lorsqu'associé au principe du respect, est préférable au principe d'autonomie.</p> <p>Une éthique contractualiste se manifeste dans les concepts d'égalité, de justice distributive, de respect et d'ouverture.</p> <p>Un clin d'œil est fait à l'utilitarisme à travers la comparaison entre l'utilité et le principe de bienfaisance (faire le bien). Le cadre s'appuie fortement sur les principes de promotion de la santé que sont l'autonomisation, la participation, la viabilité et l'équité, ce qui le rend compatible avec l'éthique critique en SP.</p>	<p>santé, et non seulement celles qui soulèvent des enjeux éthiques. Il réunit l'éthique, les données probantes et la théorie pour prendre ces décisions; son objectif est donc positif.</p> <p>Il s'appuie sur des valeurs et des principes centraux aux engagements moraux de la SP et de la promotion de la santé, au lieu de forcer des considérations morales générales ou des principes à correspondre à un enjeu de SP. Il fait la promotion d'un programme d'action positif pour l'éthique en SP.</p> <p>Les principes incluent à la fois des principes substantiels et des principes procéduraux, sans qu'une distinction ne soit faite. Ne tient pas vraiment compte du contexte (Bull <i>et al.</i>, 2013). Le cadre éthique de l'Union internationale de la promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), en cours d'élaboration par le Réseau des étudiants et jeunes professionnels de l'UIPES, part du cadre de Tannahill, mais l'élargit pour inclure le contexte (<i>ibid.</i>)</p>

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
		<p>7. <i>Responsabilité sociale</i> — les organisations doivent la démontrer par leurs propres actions. La responsabilité sociale est importante pour améliorer la santé des populations et pour combattre les iniquités de santé (collectivisme, solidarité, citoyenneté, environnement, communauté, mutualité, obligation redditionnelle).</p> <p>8. <i>Participation</i> — un principe cardinal de la promotion de la santé : faire avec les personnes, et non pas seulement pour elles ou à elles. Les personnes devraient autant que possible être impliquées dans la définition de leurs propres enjeux de santé et de leurs propres solutions, ainsi que dans l'action pour améliorer leur santé (engagement, autonomisation, citoyenneté, développement de la communauté, mutualité, appropriation, solidarité).</p> <p>9. <i>Ouverture</i> — une application explicite des principes contribue à l'ouverture. Il est important de documenter les jugements; cela peut contribuer à favoriser un dialogue ouvert (transparence, engagement, mutualité, consentement, consensus, confiance, obligation redditionnelle).</p> <p>10. <i>Obligation redditionnelle</i> — devoir rendre compte des actions et des résultats, utiliser les ressources de façon appropriée, protéger l'environnement et observer des principes éthiques (gouvernance, efficacité, qualité, optimisation des ressources, ouverture, confiance, mutualité, environnement).</p> <p>Appliquer ce cadre consiste à définir des options pour l'action et à les examiner en fonction des principes éthiques; à utiliser les données probantes disponibles pour éclairer les jugements quant à la satisfaction des principes éthiques; et à tenir compte de la théorie en plus des données probantes, ou lorsque ces données présentent des lacunes.</p>		

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
<b>Cadres d'analyse mixtes</b>				
<p>Kass (2001). <i>An Ethics Framework for Public Health</i></p>	<p>Fournir « un outil analytique conçu pour aider les professionnels de la santé publique à tenir compte des implications éthiques des interventions, des propositions de politiques, des initiatives de recherche et des programmes proposés » (p. 1777, traduction libre).</p> <p>L'intention consiste à aider les professionnels de la SP à reconnaître les divers enjeux moraux qui émergent et à réfléchir à des manières d'y faire face.</p> <p>Visé les enjeux généraux de SP.</p>	<p>C'est un outil analytique et un guide pour l'action organisé en six étapes, présentées comme des questions, à étudier dans l'évaluation de l'éthique d'une intervention de SP (extrait adapté de Kass, 2001, p. 1770 et p. 1778-1779).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Quels sont les objectifs de SP du programme proposé? Ceux-ci devraient être énoncés en tant qu'effets sur la santé (c'est-à-dire une amélioration de la santé ou une réduction de la morbidité ou de la mortalité).</i></li> <li>2. <i>Quelle est l'efficacité du programme en ce qui a trait à l'atteinte de ses buts déclarés? Les politiques et les programmes devraient être fondés sur les meilleures données probantes disponibles en matière d'efficacité.</i></li> <li>3. <i>Quels sont les fardeaux connus ou possibles du programme? Les fardeaux se classent en trois catégories de risques posés à la vie privée et à la confidentialité; à la liberté et à l'autodétermination; et à la justice.</i></li> <li>4. <i>Les fardeaux peuvent-ils être minimisés? Existe-t-il d'autres approches? Lorsque des torts sont reconnus, il faut faire des efforts pour les minimiser. Si deux options existent, toutes choses étant égales par ailleurs, il faut choisir celle qui impose le moins de fardeau ou de risque aux autres exigences morales.</i></li> <li>5. <i>Le programme est-il mis en œuvre de façon équitable? Les fardeaux et les bénéfices devraient être répartis équitablement. L'équité est particulièrement importante lorsque des mesures restrictives sont imposées. Une répartition inégale des ressources pourrait en fait être équitable afin de réduire les disparités dans les états de santé.</i></li> <li>6. <i>Comment les bénéfiques et les fardeaux d'un programme peuvent-ils être équilibrés de façon équitable? Cela requiert un jugement concernant si et dans quelle mesure les bénéfiques l'emportent sur les fardeaux. La justice procédurale entre en jeu pour prendre ces décisions difficiles.</i></li> </ol>	<p>Ce cadre est conséquentialiste, car les objectifs de l'intervention de SP sont d'améliorer la santé par des interventions efficaces visant à diminuer la morbidité et la mortalité (étapes 1 et 2). Un élément d'utilitarisme apparaît aussi dans le principe implicite de maximisation de l'utilité, où les bénéfiques et les fardeaux des actions de SP doivent être équilibrés, comme le montre la sixième étape. Une perspective libérale est manifeste dans l'accent mis sur la justice distributive (étape 5). Kass cherche à formuler un programme d'action positif en SP et à réduire les iniquités sociales, ce qui place ce cadre plus près de la catégorie étendue. Mais une perspective libérale plus traditionnelle se retrouve aussi dans l'analyse des fardeaux potentiels et dans la minimisation des torts, ce qui se rapporte au principe du tort de Mill (étapes 3 et 4).</p>	<p>Fournit un large ensemble de considérations pour la prise de décisions éthiques, mais n'entre pas dans les détails concernant les manières de prendre des décisions particulières. Toutefois, de récentes publications décrivent des applications de ce cadre et le rendent pratique et accessible aux utilisateurs (p. ex., Kass, 2005; Omer, 2013; Pederson <i>et al.</i>, 2012; Public Health Ontario, 2012). Ce cadre est important en ce qu'il est l'un des premiers à promouvoir un programme d'action positif en SP au lieu de concevoir les applications en SP comme étant des exceptions aux principes moraux généraux de l'éthique biomédicale. On note qu'un intérêt explicite est porté aux inégalités sociales et à la promotion de l'équité en matière de santé, dont plusieurs cadres d'éthique en SP ne tiennent pas compte.</p>

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
<p>Public Health Leadership Society (2002).</p> <p><i>Principles of the Ethical Practice of Public Health</i></p>	<p>Clarifier les éléments distinctifs de la SP, incluant ses valeurs sous-jacentes, et établir les principes éthiques qui découlent de ces éléments.</p> <p>Ce code met l'accent sur les pratiques de SP à l'échelle organisationnelle plutôt qu'à l'échelle des praticiens individuels.</p> <p>Vise les enjeux généraux de SP.</p>	<p>Principes (extrait de Public Health Leadership Society, 2002, p. 4, traduction libre) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. « La santé publique devrait principalement s'occuper des causes fondamentales des maladies et des exigences en matière de santé, afin d'éviter des effets négatifs indésirables.</li> <li>2. La santé publique devrait améliorer la santé d'une communauté d'une manière qui respecte les droits des individus dans cette communauté.</li> <li>3. Les politiques, les programmes et les priorités de la santé publique devraient être mis au point et évalués par des mécanismes permettant aux membres de la communauté d'y participer.</li> <li>4. La santé publique devrait plaider et travailler en faveur de l'autonomisation des membres défavorisés de la communauté, en visant à s'assurer que les ressources et les conditions de base nécessaires à la santé seront accessibles à tous.</li> <li>5. La santé publique devrait rechercher l'information nécessaire à la mise en œuvre de politiques et de programmes efficaces, lesquels protègent et font la promotion de la santé.</li> <li>6. Les institutions de santé publique devraient offrir aux communautés les renseignements qu'elles possèdent et qui sont nécessaires pour les décisions à l'égard des politiques et des programmes, et elles devraient obtenir le consentement de la communauté pour leur mise en œuvre.</li> <li>7. Les institutions de santé publique devraient agir rapidement en fonction des renseignements qu'elles détiennent, dans les limites des ressources et du mandat que le public leur a donnés.</li> <li>8. Les programmes et les politiques de santé publique devraient intégrer une variété d'approches qui prévoient et respectent les diverses valeurs, croyances et cultures de la communauté.</li> <li>9. Les programmes et les politiques de santé publique devraient être mis en œuvre de façon à améliorer le plus possible l'environnement physique et social.</li> </ol>	<p>S'appuie sur les perspectives utilitariste, déontologique et communautariste.</p> <p>On note une préoccupation conséquentialiste visant à traiter les causes fondamentales de la maladie, et un accent mis sur l'efficacité. L'obligation vue comme une motivation éthique se reflète dans plusieurs principes pouvant illustrer différentes perspectives philosophiques. D'un point de vue communautariste, la communauté est le point de départ de tout compromis avec les droits individuels. L'accent mis sur la justice sociale, sur les déterminants sociaux de la santé, sur les questions environnementales, sur l'interdépendance des individus, des communautés et de l'environnement, et sur l'importance des mécanismes démocratiques reflète de forts éléments communautaristes et place ce cadre plus près de la catégorie étendue.</p>	<p>Inclut des principes substantiels et des principes procéduraux, mais sans faire la distinction. L'important, c'est que ces principes émergent des caractéristiques distinctes de la SP et de ses valeurs de base. Les principes peuvent sembler privilégier la liberté individuelle plutôt que la communauté, mais le texte du document original (non inclus dans la description) indique clairement que la communauté est centrale et les objectifs communautaristes sont plus évidents. Ce code d'éthique offre des lignes directrices plus précises que ce qu'offrent des principes généraux. Le code d'éthique énonce les principaux engagements et les grandes orientations de la SP, ce qui peut être utile dans les contextes de pratique intégrée où la SP peut être marginalisée.</p> <p>Toutefois, le cadre n'offre pas de ligne directrice précise sur la manière de résoudre des conflits en matière d'éthique ou de choisir entre différentes options.</p>



Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
		<p>10. Les institutions de santé publique devraient protéger la confidentialité des renseignements qui pourraient nuire à un individu ou à une communauté s'ils étaient rendus publics. Les exceptions doivent être justifiées sur la base de la forte probabilité d'un tort important causé à l'individu ou à d'autres personnes.</p> <p>11. Les institutions de santé publique devraient s'assurer de la compétence professionnelle de leur personnel.</p> <p>12. Les institutions de santé publique et leur personnel devraient participer à des collaborations et à des affiliations par des moyens qui établissent la confiance du public et l'efficacité de l'institution. »</p>		
<p>Thompson <i>et al.</i> (2006).  <i>Pandemic Influenza Preparedness: An Ethical Framework to Guide Decision-Making</i></p>	<p>Fournir aux décideurs des orientations éthiques dans la planification en cas de pandémie. Il offre des lignes directrices pour élaborer un processus éthique de planification et suggère des principes substantiels pouvant éclairer la prise de décision.</p> <p>Vise la planification et la gestion d'une pandémie de grippe.</p>	<p>Ce cadre vise à offrir aux décideurs une introduction aux principes éthiques généralement acceptés. Il comporte deux volets :</p> <p>Volet 1 : processus éthiques ou éthique procédurale, basés sur cinq principes (extrait adapté de Thompson <i>et al.</i>, 2006, p. 6-7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obligation redditionnelle — des mécanismes doivent être en place pour assurer la prise de décision éthique tout au long d'une crise.</li> <li>2. Inclusion — la prise de décision devrait tenir compte des points de vue des parties prenantes et leur offrir des occasions de participer.</li> <li>3. Ouverture et transparence — les décisions devraient être défendables aux yeux du public, le processus devrait pouvoir se soumettre à un examen externe et inclure la conception préalable d'un plan de communication.</li> <li>4. Caractère raisonnable — les décisions devraient être basées sur des raisons que les parties prenantes considèrent comme pertinentes, et prises par des individus crédibles et responsables de leurs actes.</li> <li>5. Adaptatif — au cours des crises, les décisions devraient être revisitées et possiblement révisées au besoin.</li> </ol>	<p>Mixte, mais plus près de l'extrémité traditionnelle, tout en rappelant légèrement les approches étendues à travers le principe de la solidarité. Cependant, la définition de la solidarité est très différente de celle de Baylis <i>et al.</i> (2008) dans leur approche plus relationnelle. Ici, la solidarité ne reconnaît pas les besoins des plus défavorisés de la population. La plupart des principes reflètent manifestement l'équilibre traditionnel entre la protection du public et les libertés individuelles. La valeur de l'obligation de fournir des soins reflète une perspective fondée sur l'obligation (ou la déontologie). L'accent sur l'équité ne concerne que l'accès aux soins, et non les conditions nécessaires</p>	<p>Ce cadre est propre à l'enjeu de la planification en cas de pandémie et de la gestion de crise, et pourrait donc ne pas être approprié à d'autres enjeux en matière de SP.</p> <p>Le principe d'équité n'aborde pas le fait que certains groupes sont défavorisés de façon disproportionnée lors d'une épidémie. Bien que son objectif consiste à s'occuper d'un problème de SP, il se rapporte davantage au contexte des hôpitaux et des milieux institutionnels. Cette particularité explique peut-être son angle individualiste.</p>

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
		<p>Volet 2 : principes substantiels — la valeur est décrite et les responsabilités des décideurs établies par rapport à chaque valeur. De plus, un exemple pratique de l'application de chaque principe est fourni.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obligation de fournir des soins — ce principe est inhérent à tous les codes de déontologie professionnels en soins de santé. Les travailleurs de la santé doivent concilier les exigences de leur rôle professionnel et les exigences concurrentes liées à leur propre santé et à celle de leur famille et de leurs amis. Les pressions exercées sur les travailleurs de la santé submergeront les ressources.</li> <li>2. Équité — toutes choses étant égales par ailleurs, tout le monde a un droit égal de recevoir des soins, mais des décisions difficiles quant aux services à fournir doivent être prises. Il y aura probablement des dommages collatéraux, mais il faudrait tout faire pour préserver la plus grande équité possible.</li> <li>3. Liberté individuelle — c'est une valeur capitale en soins de santé, en lien avec l'autonomie. Normalement, on recherche un équilibre entre le respect de l'autonomie individuelle et la prévention des torts envers autrui. Des restrictions à la liberté peuvent être souhaitables en cas de crise, mais elles devraient être nécessaires, proportionnelles et utiliser les moyens les moins restrictifs.</li> <li>4. Vie privée — lors d'une crise de SP, il peut être nécessaire de passer outre le droit à la vie privée, mais seule l'information nécessaire pour s'occuper de la crise devrait être divulguée et seulement si aucun moyen moins intrusif ne peut être trouvé. Les bénéfices doivent justifier les torts anticipés.</li> <li>5. Proportionnalité — les restrictions à la liberté ne devraient pas dépasser ce qui est nécessaire, et on devrait utiliser les moyens les moins coercitifs. Une mesure coercitive ne devrait être prise que lorsque d'autres mesures moins restrictives ont été inefficaces.</li> </ol>	<p>à la promotion de la santé, qui est un objectif moral important et émergent en SP.</p>	

Cadre	Objectif	Description	Philosophie ou théorie sous-jacente	Critique
		<p>6. Protection du public — il s'agit d'un principe fondamental de l'éthique en SP. Pour assurer la sécurité du public, il peut être nécessaire de restreindre les services ou l'accès aux zones de services, ou encore d'imposer des mesures de contrôle d'une infection. Il faut communiquer avec les parties prenantes à propos des raisons médicales et morales, des avantages du respect de ces règles et des risques d'un non-respect.</p> <p>7. Réciprocité — il faut soutenir ceux et celles qui assument un fardeau disproportionné en matière de protection du public et faire des efforts pour minimiser les impacts. Alléger le fardeau sur les personnes touchées et assurer la sécurité des travailleurs.</p> <p>8. Solidarité — à cause de l'interdépendance des systèmes de santé, il existe un besoin de solidarité par-delà les frontières systémiques et institutionnelles. Cela nécessite une conception de la solidarité mondiale et interinstitutionnelle. La solidarité requiert une communication ouverte et honnête, une collaboration ouverte, le partage de données, un esprit de collaboration et la coordination des services et de leur offre.</p> <p>9. Intendance — tant les individus que les institutions devront gérer la rareté des ressources, et des décisions difficiles devront être prises quant à leur allocation. Il y aura des dommages collatéraux, et la gestion devrait donc être guidée par la notion d'intendance, laquelle requiert de la confiance, un comportement éthique et une bonne prise de décision.</p> <p>10. Confiance — un élément essentiel à toute relation. Dans une crise de SP, le public peut percevoir des mesures de SP comme étant une trahison de sa confiance. Les décideurs devraient prendre des mesures pour établir la confiance préalablement à une crise. Il faut s'assurer que les processus décisionnels sont transparents et éthiques.</p>		

Annexe 2 Analyse des cadres d'éthique en santé publique à partir des critères de Kenny *et al.* (2006)

Cadre	Critère 1 – Traite de la tension entre la santé publique et les intérêts individuels	Critère 2 — Se penche sur les concepts de bien commun et d'intérêt public	Critère 3 — Clarifie le lien entre la santé publique et les soins de santé	Critère 4 — Reconnaît le rôle central des déterminants sociaux de la santé (DSS)	Critère 5 — Reconnaît l'importance de réduire les iniquités de santé et de s'occuper des plus vulnérables
<b>Cadres de référence traditionnels</b>					
Childress <i>et al.</i> (2002).  <i>Public Health Ethics: Mapping the Terrain</i>	Oui. L'éthique en santé publique (SP) offre un ensemble relâché de considérations morales générales (appelées valeurs, principes ou règles) pouvant par moments entrer en conflit les unes avec les autres, et pouvant ne pas être suffisamment précises ou concrètes pour justifier l'action. Ainsi, cinq conditions justificatives sont présentées afin de guider les décisions concernant les moments où les actions de SP justifient la transgression de considérations morales particulières, comme la liberté ou la justice.	Aucune attention n'est portée à l'idée du bien commun. L'intérêt public dans la prévention des maladies et la promotion de la santé des populations est pris en compte de façon implicite dans les considérations morales générales à l'effet de produire des bénéfices et d'éviter des torts, mais les torts indiqués sont ceux liés à la violation de l'autonomie et de la liberté. Ainsi, le bien commun n'est pas priorisé.	En partie. Ce cadre distingue la SP et la médecine des soins de santé plus généraux, lesquels dépassent bien sûr la pratique de la médecine.	Non. Bien que le cadre précise l'importance du contexte, ce qui peut permettre une certaine prise en compte des déterminants sociaux, il n'y a aucune mention explicite du rôle central des DSS ou des types de circonstances contextuelles pouvant permettre leur prise en compte dans la prise de décision éthique.	Non.
Selgelid (2009).  <i>A Moderate Pluralist Approach to Public Health Policy and Ethics</i>	Oui. Ce cadre soutient que les valeurs d'utilité, de liberté et d'égalité sont toutes des valeurs sociales indépendantes et légitimes et qu'aucune n'a priorité en toutes circonstances. Il offre donc certaines lignes directrices en ce qui a trait aux compromis à faire entre les valeurs en définissant les situations où chaque valeur pourrait être dépassée par les autres.	Non.	Non.	Non.	Selgelid présente certaines circonstances où l'égalité ou l'attention aux besoins des plus démunis l'emporteraient tant sur la liberté que sur l'utilité. En revanche, il présente aussi des circonstances où l'égalité serait dépassée tant par la liberté que par l'utilité. Cela contraste avec d'autres cadres en SP dans lesquels l'équité n'est pas généralement

Cadre	Critère 1 – Traite de la tension entre la santé publique et les intérêts individuels	Critère 2 — Se penche sur les concepts de bien commun et d'intérêt public	Critère 3 — Clarifie le lien entre la santé publique et les soins de santé	Critère 4 — Reconnaît le rôle central des déterminants sociaux de la santé (DSS)	Critère 5 — Reconnaît l'importance de réduire les iniquités de santé et de s'occuper des plus vulnérables
					dépassée par la liberté, compte tenu de l'objectif moral de la SP consistant à réduire les iniquités de santé.
<p>Upshur (2002). <i>Principles for the Justification of Public Health Intervention</i></p>	<p>Oui. Dans ce cadre, le premier principe justificatif est le principe du tort. Il constitue le fondement de l'éthique en SP en donnant la justification initiale pour les actions de SP qui restreindront les libertés individuelles. Lorsque l'action est justifiée sur la base du principe du tort, alors les actions de SP doivent utiliser les moyens les moins restrictifs; la société doit soutenir les individus dans l'exercice de leurs obligations de SP; et les décisions doivent être prises d'une manière transparente.</p>	<p>Aucune attention n'est portée au bien commun. Même chose que dans Childress <i>et al.</i>, discuté plus haut.</p>	<p>Oui. Le cadre note que la SP diffère considérablement de la pratique clinique et que le souci envers la population en SP n'est pas analogue au souci envers l'individu dans la pratique clinique. Reconnaît que l'éthique en SP reflète une vision du monde fondamentalement différente.</p>	<p>Non. Pas de façon explicite dans les principes définis. Upshur reconnaît que l'accent en SP est mis sur les populations et les communautés, et que l'on tient compte des influences sociales et environnementales globales sur la santé. Toutefois, il ne fait pas ensuite de lien entre cette compréhension et les principes du cadre. Bien qu'il affirme que l'éthique en SP doit « être en mesure de réfléchir aux enjeux liés aux contextes sociaux, politiques et culturels » (p. 101, traduction libre), il ne traite pas des manières dont cela pourrait être facilité par l'application des principes du cadre.</p>	<p>Non. Ce cadre ne parle pas d'équité ni de justice.</p>
<b>Cadres de référence étendus</b>					
<p>Baylis <i>et al.</i> (2008). <i>A Relational Account of</i></p>	<p>Non. La perspective relationnelle rend cette tension possiblement insignifiante. Alors que la plupart des cadres prennent l'individu comme point de départ, dans ce cadre le</p>	<p>Oui. Vise explicitement la promotion de l'intérêt public et du bien commun. L'intérêt public est abordé par les efforts visant à</p>	<p>Oui. Ils affirment que les cadres d'éthique en SP devraient être ancrés dans la nature de la SP, qu'ils distinguent nettement de la bioéthique et des soins</p>	<p>Oui. En mettant l'accent sur la justice sociale relationnelle, ce cadre attire l'attention sur « le contexte dans lequel certaines politiques et structures de nature</p>	<p>Oui. La SP fondée sur la justice sociale est une considération centrale. L'éthique en SP s'engage à s'attaquer aux schèmes générant systématiquement des</p>



Cadre	Critère 1 – Traite de la tension entre la santé publique et les intérêts individuels	Critère 2 — Se penche sur les concepts de bien commun et d'intérêt public	Critère 3 — Clarifie le lien entre la santé publique et les soins de santé	Critère 4 — Reconnaît le rôle central des déterminants sociaux de la santé (DSS)	Critère 5 — Reconnaît l'importance de réduire les iniquités de santé et de s'occuper des plus vulnérables
<i>Public Health Ethics</i>	point de départ est ce qui convient le mieux à tous. On se préoccupe de l'équilibre entre des intérêts et des objectifs concurrents, mais cela n'est pas cadré de la manière traditionnelle, soit comme une définition des conditions en vertu desquelles certaines valeurs ou certains intérêts pourraient avoir préséance sur d'autres. Aucune ligne directrice n'est offerte sur les manières d'aborder les situations où l'on trouve des intérêts concurrents.	équilibrer des intérêts concurrents par des processus décisionnels accessibles, transparents, participatifs et rendant des comptes. Cela est au service de la poursuite d'intérêts partagés dans la survie, la sûreté et la sécurité (c'est-à-dire le bien commun). Le bien commun est une notion centrale et fondamentale.	cliniques axés sur l'autonomie.	politique et sociale sont créées et maintenues » (Kenny <i>et al.</i> , 2010, p. 10, traduction libre), ce qui est essentiellement une invitation à tenir compte des DSS.	désavantages en santé (Powers et Faden, 2006). Ainsi, le cadre priorise ceux et celles qui sont désavantagés en matière de santé.
Tannahill (2008).  <i>Beyond Evidence – to Ethics: A Decision-Making Framework for Health Promotion, Public Health and Health Improvement</i>	En partie. Un cadre en trois volets comportant la prise en compte des données probantes, de l'éthique et de la théorie. Ainsi, tout débat portant sur les principes à appliquer dans un ensemble de circonstances données doit tenir compte des trois volets à la fois. Les décisions portant sur ce qui doit être fait sont fondées sur ces considérations. Néanmoins, aucune ligne directrice explicite ne précise comment faire des compromis entre des principes concurrents.	Oui, toutefois cela n'est pas explicite, mais plutôt implicite dans l'attention portée aux principes de solidarité, de justice sociale, de justice distributive, d'équité et de cohésion. Le principe de responsabilité sociale aborde les préoccupations de communauté et de mutualité qui sont indirectement liées au bien commun et à l'intérêt public.	Pas expressément. Ce cadre met quand même l'accent sur la promotion de la santé, mais cela pourrait être lié à la SP ou aux soins de santé de façon plus générale. Aucune distinction explicite n'est faite.	Implicitement, dans l'accent mis sur la lutte contre les inégalités de santé injustes et sur la promotion de la responsabilité sociale, mais aucune mention n'est faite de l'importance de s'occuper des DSS.	Oui. L'importance de lutter contre les inégalités de santé injustes est en tête du programme d'action en matière d'amélioration de la santé. L'équité est abordée en visant l'égalité des résultats de santé par le biais d'actions appliquées de façon inégale, comme celles visant les communautés et les groupes défavorisés.

Cadre	Critère 1 – Traite de la tension entre la santé publique et les intérêts individuels	Critère 2 — Se penche sur les concepts de bien commun et d'intérêt public	Critère 3 — Clarifie le lien entre la santé publique et les soins de santé	Critère 4 — Reconnaît le rôle central des déterminants sociaux de la santé (DSS)	Critère 5 — Reconnaît l'importance de réduire les iniquités de santé et de s'occuper des plus vulnérables
<b>Cadres de référence mixtes</b>					
<p>Kass (2001). <i>An Ethics Framework for Public Health</i></p>	<p>En partie. Ce cadre ne traite pas explicitement des manières de faire des compromis entre des principes concurrents, mais affirme que si des fardeaux sont déterminés, il nous faut trouver des moyens de les minimiser. Affirme aussi que si deux options sont possibles pour un programme de SP, nous avons l'obligation éthique de choisir l'option qui présente le moins de risques pour les autres valeurs (p. ex., la liberté, la protection de la vie privée ou la justice). Même si elle reconnaît que certaines violations de la liberté sont nécessaires et acceptables, Kass suggère néanmoins que les désaccords portant sur la manière d'établir un équilibre entre les bénéfices et les fardeaux doivent être résolus par un processus équitable (c'est-à-dire une justice procédurale et la participation au processus démocratique). Dans l'équilibre des intérêts, plus le fardeau est lourd, plus le bénéfice en matière de SP doit être important.</p>	<p>Seulement en partie. Ce cadre reconnaît qu'à travers les actions publiques, la SP améliore le bien-être des communautés et de la population dans son ensemble, et dans ce sens, il s'intéresse à l'intérêt public. Toutefois, Kass ne définit pas explicitement le bien commun comme un objectif important de l'éthique en SP, non plus qu'elle ne le propose comme point de départ pour la prise de décision en SP.</p>	<p>Oui. Ce cadre soutient que les contextes en bioéthique sont différents de ceux de la SP et que l'éthique en soins de santé ne concorde pas avec la SP. Les soins de santé donnent priorité à l'autonomie individuelle, ce qui n'est pas toujours approprié pour les pratiques de SP.</p>	<p>Oui. La SP a la responsabilité de réduire les inégalités sociales incluant la pauvreté, les conditions de logement insalubres, le manque d'éducation, etc.</p>	<p>Oui. Les programmes de SP exigent la répartition équitable des bénéfices et des fardeaux, afin que des groupes particuliers ne soient pas injustement surchargés ou désavantagés. La SP a la responsabilité de corriger les injustices existantes, par exemple en plaidant en faveur de meilleurs logements, de meilleurs revenus ou d'un meilleur accès à la nourriture.</p>
<p>Public Health Leadership Society (2002).</p>	<p>En partie. Ce cadre reconnaît l'interdépendance des individus et de leurs communautés, mais affirme</p>	<p>Oui. Malgré l'absence de principe permettant d'aborder la tension en SP entre</p>	<p>Non. Il ne le fait pas explicitement, mais comme le code stipule qu'il souligne les</p>	<p>Oui. Il se préoccupe des conditions sociales et des structures sociétales sous-jacentes aux</p>	<p>Oui. La SP plaide et travaille en faveur des membres défavorisés de la communauté, et elle</p>

Cadre	Critère 1 – Traite de la tension entre la santé publique et les intérêts individuels	Critère 2 — Se penche sur les concepts de bien commun et d'intérêt public	Critère 3 — Clarifie le lien entre la santé publique et les soins de santé	Critère 4 — Reconnaît le rôle central des déterminants sociaux de la santé (DSS)	Critère 5 — Reconnaît l'importance de réduire les iniquités de santé et de s'occuper des plus vulnérables
<i>Principles of the Ethical Practice of Public Health</i>	que la SP devrait assurer la santé des communautés par des moyens qui respectent les droits des individus. Il soutient que le besoin d'exercer un pouvoir pour améliorer la santé et, en même temps, éviter l'abus de pouvoir est au cœur de l'éthique en SP. Il existe en SP une perpétuelle tension qui soupèse les intérêts de la communauté et ceux des individus, mais aucun principe éthique ne fournit de solution. Néanmoins, l'intérêt de la communauté est le point de départ.	la communauté et l'individu, l'intérêt de la communauté est le point de départ de la SP et il constitue son souci principal.	principes éthiques découlant des caractéristiques distinctes de la SP, il établit implicitement le caractère unique de la SP.	déterminants de la santé. En somme, aborder les causes fondamentales d'une mauvaise santé est l'objet de la SP et le premier principe de ce code.	vise à ce que les ressources et conditions de base soient accessibles à tous. La SP s'intéresse particulièrement aux plus mal desservis ou aux marginalisés.
Thompson <i>et al.</i> (2006).  <i>Pandemic Influenza Preparedness: An Ethical Framework to Guide Decision-Making</i>	Oui. Le cadre définit des situations où certains principes éthiques (surtout la liberté) peuvent être supplantés par d'autres. Par exemple, il reconnaît que des restrictions à la liberté individuelle sont justifiées pour protéger le public, mais juge que ces restrictions devraient : être proportionnelles, être nécessaires, employer les moyens les moins restrictifs et être appliquées de façon équitable.	Non. Il ne s'occupe pas précisément du bien commun. Il se préoccupe de l'intérêt public en ce qui a trait au besoin de solidarité par-delà les frontières systémiques et institutionnelles, pour la protection du public.	Non. Pas particulièrement, en partie parce qu'il se concentre sur la planification en cas de pandémie, qui touche et implique tant la SP que le système des soins de santé plus largement.	Non.	Non. Bien que l'équité soit l'un des principes substantiels du cadre, il ne réfère pas à la réduction des différences de santé évitables et auxquelles on peut remédier entre différentes populations. Il souligne plutôt que tous les patients ont un droit égal à recevoir les soins de santé dont ils ont besoin.

## Annexe 3 Exemples d'applications de cadres d'éthique en santé publique

La littérature ne contient que peu d'applications de cadres d'éthique en santé publique. Toutefois, les références suivantes décrivent des applications pratiques pour quelques-uns d'entre eux. Un plus grand nombre d'applications pratiques de ces cadres et d'autres cadres encore, à une gamme plus large d'enjeux de santé publique, contribuerait grandement à la littérature actuelle.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Les défis éthiques de la pratique infirmière en santé publique*. Ottawa. Consulté en ligne à : [http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics\\_in\\_practice\\_jan\\_06\\_f.pdf?la=fr](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_jan_06_f.pdf?la=fr)

Ce document décrit l'application du *Code de déontologie* de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et du cadre d'éthique en santé publique d'Upshur (voir annexe 1) à deux enjeux de santé publique auxquels les praticiens en santé publique (dans ce cas les infirmières et infirmiers) pourraient faire face dans leur pratique : 1) un sans-abri souffrant de tuberculose refuse d'aller se faire traiter à l'hôpital; et 2) doit-on utiliser des stratégies de prévention du tabagisme axées sur les populations ou axées sur l'individu? Chaque cas est étudié d'abord en ce qui a trait à la manière dont le code de déontologie de l'AIIC s'applique, puis en ce qui concerne lequel ou lesquels des quatre principes d'Upshur sont pertinents dans le contexte et comment ils peuvent être utilisés dans la prise de décision.

Kass, N. E. (2005). An ethics framework for public health and avian influenza pandemic preparedness. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 78, 235-250. Consulté en ligne à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2259154/pdf/17132331.pdf>

Dans cet article, Kass décrit son cadre d'éthique en santé publique (voir annexe 1) et l'applique au problème des préparatifs en cas de pandémie de grippe aviaire. Ce cadre est un outil d'analyse en six volets qui pose six questions auxquelles on doit répondre dans la prise de décision à propos d'un enjeu de santé publique spécifique.

Omer, S. B. (2013). Applying Kass's public health ethics framework to mandatory health care worker immunization: The devil is in the details. *American Journal of Bioethics*, 13(9), 55-57. doi : 10.1080/15265161.2013.825122 Consulté en ligne à : <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2013.825122>

L'auteur applique le cadre de Kass à l'enjeu éthique de l'immunisation obligatoire des travailleurs et travailleuses de la santé. Il se pose chacune des six questions du cadre en ce qui a trait aux préoccupations éthiques liées aux politiques d'immunisation obligatoire, et ce, afin de prendre des décisions qui touchent la justice procédurale.

Paquin, L. J. (2007). Was WHO SARS-related travel advisory for Toronto ethical? *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 209-211. Consulté en ligne à : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/download/814/814>

Dans cet article, l'auteur répond à la question posée dans son titre en appliquant le cadre pour l'éthique en santé publique en six étapes de Kass. À partir de cette analyse, deux des questions de Kass soulèvent des préoccupations concernant l'éthique de l'avertissement aux voyageurs : quelle a été l'efficacité du programme en matière d'atteinte de ses objectifs? Et comment les bénéfices et les fardeaux peuvent-ils être équilibrés de façon juste?

Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L. et Upshur, R. E. G. (2006). Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(12). doi : 10.1186/1472-6939-7-12. Consulté en ligne à : <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/12>

Ce cadre a été développé et validé en consultant des parties prenantes pour guider la prise de décision en matière de planification en cas de pandémie. Le cadre est décrit à l'annexe 1 et tient compte des principes tant substantiels que procéduraux. Il s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle la planification en cas de pandémie doit être « guidée par des processus éthiques de prise de décision » (principes procéduraux) et « éclairée par des valeurs éthiques » (principes substantiels) (p. 4, traduction libre). Les auteurs relèvent dix valeurs ou principes substantiels et cinq principes procéduraux qu'ils appliquent à plusieurs enjeux pouvant apparaître dans la planification en cas de pandémie.



## Mars 2015

Auteure : D<sup>re</sup> Marjorie MacDonald, professeure à l'Université de Victoria et détentrice d'une chaire en santé publique appliquée des IRSC/ASPC sur l'éducation en santé publique et les interventions en santé des populations

Édition : Olivier Bellefleur et Michael Keeling, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

### COMMENT CITER CE DOCUMENT

MacDonald, M. (2015). *Introduction à l'éthique en santé publique 3 : cadres d'éthique en santé publique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

### REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier Michel Désy (INSPQ) ainsi que deux autres relecteurs qui ont souhaité demeurer anonymes pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document. Durant la production de ce document, l'auteure était soutenue financièrement par une chaire en santé publique appliquée des Instituts de recherche en santé du Canada (NRF n° 92365) couvrant la période de 2009 à 2014.

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 se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

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

N° de publication : 2747

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](http://www.inspq.qc.ca) et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca) and on the Institut national de santé publique du Québec website at: [www.inspq.qc.ca/english](http://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 : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

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

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2020  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-88162-9 (PDF ANGLAIS)  
ISBN : 978-2-550-88161-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2020)

