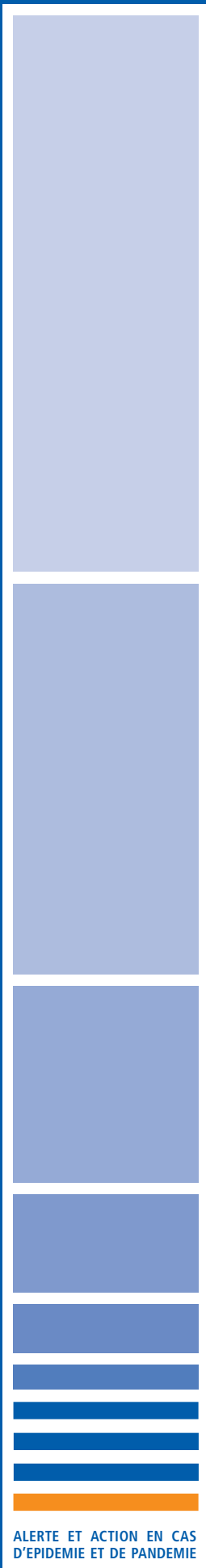


Considérations éthiques dans l'élaboration des mesures de santé publique face à une pandémie de grippe



ALERTE ET ACTION EN CAS
D'ÉPIDÉMIE ET DE PANDEMIE



Organisation
mondiale de la Santé

ETHIQUE, ÉQUITÉ, COMMERCE ET DROITS DE L'HOMME

Considérations éthiques
dans l'élaboration des mesures de santé
publique face à une pandémie
de grippe

Les publications relatives à l'alerte et à l'action en cas d'épidémie et de pandémie (EPR) sont disponibles à l'adresse suivante : www.who.int/csr/resources/publications/

Le document original, en anglais, a été publié en 2007

© Organisation mondiale de la Santé, 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas cités. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception : minimum graphics
Imprimé en Suisse

Table des matières

Remerciements	iv
Glossaire	v
Bibliographie du glossaire	vii
1. Introduction	1
2. Considérations éthiques d'ordre général	3
L'équilibre des droits, des intérêts et des valeurs	3
Les données factuelles à la base des mesures de santé publique	3
Transparence, engagement public et mobilisation sociale	3
Information, éducation et communication	4
Ressources limitées	4
3. Détermination des priorités et accès équitable aux mesures thérapeutiques et prophylactiques	5
Considérations d'ordre général	5
Critères à utiliser lors de la détermination des priorités	6
Considérations complémentaires liées à la priorité dans l'accès aux vaccins	7
Soins médicaux et infirmiers	8
4. Mesures d'isolement, de quarantaine, de contrôle aux frontières et de réduction des contacts sociaux	11
Les principales responsabilités des gouvernements	11
Considérations relatives à des stratégies spécifiques en matière de santé publique	12
5. Le rôle et les obligations du personnel soignant pendant une flambée de grippe pandémique	15
Établir la nature et la portée des obligations du personnel soignant	16
Obligations réciproques des gouvernements et des employeurs	16
Encourager le respect de ses obligations par le personnel soignant	17
6. Mise au point d'une action multilatérale pour faire face à une flambée de grippe pandémique	19
Importance de la coopération internationale	19
Partage des échantillons et promotion d'un accès équitable aux interventions pharmaceutiques	20
Assistance aux pays en ayant besoin	20
Considérations concernant les pays recevant une assistance	21
Prêter attention aux besoins de toutes les populations, quel que soit leur statut juridique dans les pays	21
Politiques de communication	21
Bibliographie	23
Annexe. Bibliographie complémentaire et liens	25

Remerciements

Le présent document a été élaboré par Carl Coleman et Andreas Reis du Département Ethique, commerce, droits de l'homme et droits de la santé¹ de l'OMS et Alice Croisier du Programme mondial de l'OMS concernant la grippe au sein du Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie. Nous souhaiterions remercier pour leurs contributions essentielles les participants à la réunion technique et à la consultation mondiale sur les questions éthiques dans la préparation à une pandémie, les membres des quatre groupes de travail, et tout particulièrement leurs Présidents, à savoir Robert Archer, Larry Gostin, Ross Upshur et Marcel Verweij.

Ce travail a été réalisé sous la coordination de Nico Drager du Département Ethique, commerce, droits de l'homme et droits de la santé,¹ de Keiji Fukuda du Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie et de Paul Gully, du Bureau du Sous-Directeur général chargé du Groupe Maladies transmissibles.²

En outre, nous voudrions faire part de notre reconnaissance au personnel de l'OMS qui a apporté son soutien au projet, et notamment à Marie-Charlotte Bouësseau, Alex Capron, Peter Carrasco, Katie Chan, Ana Estrela, Fernando Gonzalez, Gregory Härtl, Frederick Hayden, Helge Hollmeyer, Aylin Jaspersen, Gillian Nycum, Helena Nygren-Krug, Kidong Park, Bruce Plotkin, John Rainford, Jeanne-Marie Scott, Christoph Steffen et Dick Thompson.

Le document final a pu être amélioré grâce aux observations écrites et critiques formulées à propos des versions précédentes par Carolina Alfieri, Juliette Anoko, Benjamin Berkman, Elaine Gadd, Marc Guerrier, Amy Haddad, Pengiran Hishamuddin, Christoph Rehmann-Sutter, Harald Schmidt et Michael Selgelid. La version française a bénéficié des suggestions faites par Laurène Alard et Marc Guerrier.

Le projet a été en partie financé par une subvention de l'Office fédéral suisse de la Santé publique.

¹ Devenu le Département Ethique, équité, commerce et droits de l'homme à compter du 1er novembre 2007.

² Devenu le Groupe Sécurité sanitaire et environnement (HSE) à compter du 1er novembre 2007.

Glossaire

Argument relatif à la durée de vie escomptée (« Fair innings argument ») : cet argument reflète l'idée selon laquelle chacun a droit à un certain nombre d'années de vie considéré comme « normal ». Selon cet argument, les personnes les plus jeunes peuvent davantage prétendre à des interventions qui leur permettraient de les sauver que les personnes plus âgées, du fait qu'elles ont eu moins de possibilités de « profiter de la vie » (5). Il en résulte que gagner une année de vie pour une personne jeune aura plus d'importance que gagner une année de vie pour une personne plus âgée.

Confidentialité : obligation de tenir les informations secrètes à moins que leur révélation ne soit dûment autorisée par la personne concernée ou, dans des circonstances extraordinaires, par les autorités compétentes.

Contrôles des voyages internationaux et contrôles aux frontières : mesures conçues pour limiter et/ou contrôler la propagation d'une infection par l'intermédiaire des points d'entrée (routiers, aériens, maritimes, etc.) dans un pays. Il peut s'agir notamment de conseils aux voyageurs ou de restrictions aux voyages, d'un dépistage à l'entrée ou à la sortie, de notifications, d'avis d'alertes sanitaires, de la collecte et de la diffusion des informations relatives aux passagers, etc.

Droits de l'homme : les droits de l'homme sont des garanties juridiques universelles qui protègent les individus et les groupes contre les actions entravant les libertés fondamentales et la dignité humaine. Certaines des caractéristiques majeures des droits de l'homme consistent dans le fait qu'ils sont garantis par des normes internationales, juridiquement protégés, axés sur la dignité de l'être humain ; qu'ils obligent à la fois les Etats et leurs représentants ; qu'on ne peut ni y renoncer ni les retirer (bien que la jouissance de certains droits de

l'homme puisse être limitée dans des circonstances exceptionnelles) ; qu'ils sont interdépendants et étroitement liés les uns aux autres ; et qu'ils sont universels (7).

Epidémie/pandémie (1) : une épidémie est l'apparition dans une communauté ou une région de cas d'une maladie, d'une affection spécifique ou d'autres événements liés à la santé en nombre clairement supérieur à la normale. Une pandémie est une épidémie survenant à l'échelle mondiale ou dans une zone très vaste s'étendant au-delà des frontières internationales, et affectant un grand nombre de personnes. Le *plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe (2)* prévoit six phases sur une échelle de mesure de la pandémie, réparties en trois périodes : la période inter-pandémique, la période d'alerte à la pandémie, et la période de pandémie. (Ces phases sont définies afin de proposer un cadre pour les activités de planification de la préparation à la pandémie ; il est possible que les phases proposées ne puissent pas toutes être décelées dans l'ordre.)

Équité : répartition équitable des avantages et des inconvénients. Dans certaines circonstances, une répartition égale des avantages et des inconvénients sera considérée équitable. Dans d'autres, la répartition des avantages et des inconvénients en fonction des besoins des individus ou des groupes sera considérée comme équitable. Par exemple, dans certaines circonstances, il peut être équitable de donner la préférence à ceux qui sont les plus mal lotis, tels que les plus pauvres, les plus malades ou les plus vulnérables (3). Les iniquités sont les différences en matière de santé qui sont inutiles, évitables et qui sont considérées iniques et injustes (4).

Isolement : séparation, pour la période de contagion, des personnes infectées (cas confirmés ou suspects) dans des endroits et des conditions qui

permettent d'empêcher ou de limiter la transmission de l'agent infectieux des personnes infectées vers celles qui sont susceptibles d'être infectées ou de propager l'agent à d'autres personnes (1).

Justice distributive/justice mondiale : ce principe éthique requiert que les risques, les avantages et inconvénients de l'action de santé publique soient distribués de manière équitable. Beauchamp et Childress (10) considèrent la justice distributive comme la « distribution juste, équitable et appropriée dans la société, déterminée par des normes justifiées qui structurent les termes de la coopération sociale ». La *justice mondiale* est la justice sociale à l'échelle mondiale et elle requiert des pays, en particulier des pays développés, qu'ils s'assurent non seulement que leurs propres citoyens sont protégés, mais aussi que les autres pays, en particulier les pays en développement, ont les moyens de protéger leurs citoyens.

Mesures de réduction des contacts sociaux : une série de mesures à l'échelle de la société visant à réduire les contacts entre les personnes (par exemple la fermeture des écoles ou l'interdiction de grands rassemblements). Ces mesures peuvent aussi être complétées par l'adoption de comportements individuels visant à accroître la distance séparant les personnes dans la vie quotidienne, sur leur lieu de travail ou dans d'autres lieux (par exemple en remplaçant les réunions par des appels téléphoniques, en évitant de se serrer la main).

Mesures prophylactiques : mesures visant à se défendre contre une maladie ou à prévenir celle-ci.

Mesures thérapeutiques : mesures prises pour combattre une infection ou une maladie.

Nécessité : les pouvoirs de santé publique sont mis en œuvre suivant le principe selon lequel ils sont nécessaires pour empêcher un dommage évitable. Le gouvernement, afin de justifier l'utilisation de la contrainte, doit par conséquent agir uniquement face à une menace sanitaire dont l'existence peut être démontrée. Les autorités de santé publique doivent être en mesure de prouver qu'elles ont « cru de bonne foi qu'une approche coercitive était nécessaire, et doivent pouvoir donner des raisons valables en ce sens » (1).

Proportionnalité : exigence d'un équilibre raisonnable entre la visée du bien public et le caractère

intrusif de l'intervention sur le plan individuel. Si celle-ci est pénible sans motif ou injuste, elle outrepassera les limites éthiques.

Quarantaine : restriction de mouvement des personnes en bonne santé qui ont été exposées à un cas suspect ou confirmé d'infection par une maladie hautement transmissible durant la période de contagion probable (1). Il s'agit d'une précaution visant à empêcher la propagation de l'infection à d'autres personnes.

Réciprocité : relation entre deux parties caractérisée par un échange mutuel. La réciprocité veut que l'on reçoive quelque chose en retour pour la contribution offerte (3). Par exemple, la réciprocité implique que la société doit soutenir ceux qui ont la charge disproportionnée de protéger le bien public, et prendre des mesures permettant de réduire autant que possible cette charge (9).

Soins palliatifs : approche consistant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux problèmes associés à une maladie qui engage le pronostic vital, par la prévention et le soulagement des souffrances moyennant l'identification, l'évaluation et le traitement précoces de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels (8).

Solidarité : union ou association entre les membres d'un groupe ou entre les peuples du monde. Les individus qui sont solidaires les uns avec les autres sont fermement unis par des responsabilités et des intérêts communs, et ne sont divisés ni par leur opinion, ni par leurs objectifs, ni par leur action (11).

Traitement équitable (Fair process) : Daniels et Sabin (6) proposent les éléments clés suivants dans le cadre d'un traitement équitable permettant de fixer des priorités :

- **Publicité :** le traitement, y compris les éléments justifiant la détermination de priorités, doit être rendu public et transparent ; des consultations et des auditions publiques doivent être tenues. La publicité et la participation des parties prenantes clés sont particulièrement importantes dans les contextes où les décisions en matière de politiques et de programmes sont prises dans un cadre où interviennent de multiples acteurs et ont une incidence sur de larges segments de la population.

- **Pertinence** : les parties prenantes concernées doivent considérer comme pertinents les raisons, principes et éléments de fait avancés à l'appui d'une juste détermination des priorités.
 - **Mécanismes de révision et d'appel** : en cas d'éléments de fait et d'arguments nouveaux, le traitement équitable doit permettre une réévaluation et une révision des décisions. Un processus d'appel doit aussi être prévu, qui protège ceux qui ont des raisons légitimes de constituer des exceptions aux politiques adoptées.
 - **Respect ou réglementation** : il doit exister un mécanisme qui garantisse le respect des trois conditions précédentes.
- Transparence** : principe éthique qui requiert des responsables politiques qu'ils veillent à ce que le processus de prise de décision soit ouvert et accessible au public, moyennant la communication claire et fréquente des informations.
- Tri (1)** : processus qui consiste à choisir en vue des soins ou du traitement les patients pour lesquels la priorité est la plus élevée ou, lorsque les ressources sont limitées, ceux qui sont davantage susceptibles d'en tirer parti.
- Utilité/efficacité** : le principe de l'*utilité* exige que l'on agisse de façon à ce que le bien-être cumulé obtenu soit maximum. Cela suppose un principe complémentaire d'*efficacité*, c'est-à-dire l'idée selon laquelle les avantages doivent être obtenus en utilisant le minimum de ressources nécessaire.

Bibliographie du glossaire

1. Last J. *A dictionary of epidemiology*. 4th ed. Oxford, Oxford University Press, 2001.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe. Le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie*. Genève, 2005. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5
Document remplacé par :
Organisation mondiale de la Santé. *Préparation et action en cas de grippe pandémique*. Genève, 2009. (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance09FR.pdf>, consulté le 24 août 2009)
3. *Equity and fair process in scaling up antiretroviral treatment: potentials and the challenges in the United Republic of Tanzania: case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
4. Whitehead M. Concepts and principles of equity and health. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1990 (EUR/IC/RPD 4147734r).
5. Williams A. Intergenerational equity. An exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*, 1997, 6:117–132.
6. Daniels N, Sabin JE. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*, 1997, 26(4): 303–350.
7. *The United Nations System and Human Rights: Guidelines and Information for the Resident Coordinator System*, approuvé au nom du Comité administratif de Coordination (CAC) par le Comité consultatif pour les questions relatives aux programmes et aux opérations (CCQPO) à sa seizième session à Genève, en mars 2000.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires*. Résumé d'orientation. Genève, 2002 (<http://www.who.int/cancer/media/en/424.pdf>, consulté le 24 août 2009) (texte intégral en anglais : <http://www.who.int/cancer/nccp/nccp/en/>, consulté le 24 août 2009).

9. University of Toronto Joint Centre for Bioethics. *Pandemic influenza and ethics – stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness and planning for pandemic influenza*, 2005 (http://www.jointcentreforbioethics.ca/publications/documents/stand_on_guard.pdf, consulté le 24 août 2009).
10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. New York, Oxford University Press, 2001: 226.
11. *Bioethics dictionary*. UNESCO/IUBS/EUBIOS, disponible à l'adresse suivante : <http://eubios.info/> (consulté le 24 août 2009)

1

Introduction

Bien qu'il soit impossible de prédire quand se produira la prochaine pandémie de grippe, depuis le XVI^e siècle, le monde a connu en moyenne trois pandémies par siècle, qui se sont déclarées à des intervalles allant de 10 à 50 ans (1). La morbidité et la mortalité ont varié d'une pandémie à l'autre, rendant impossible de prévoir de façon précise l'impact d'une prochaine pandémie. Toutefois, une nouvelle pandémie de grippe peut avoir de graves conséquences sur la santé humaine et entraîner des bouleversements sociaux et économiques majeurs. En outre, la mise en œuvre de mesures de santé publique visant à limiter les échanges sociaux (telles que des restrictions aux rassemblements et aux mouvements de population) est susceptible d'avoir une incidence majeure sur le commerce et le tourisme. Compte tenu de ces conséquences possibles, les pays et la communauté internationale doivent se préparer à faire face à une pandémie et à en atténuer les effets.

De nombreuses questions éthiques essentielles se posent dans le cadre de la planification, de la préparation, et des mesures de réponse à une pandémie de grippe. Il s'agit notamment des questions suivantes : qui aura accès en priorité aux médicaments, aux vaccins et aux lits situés dans les unités de soins intensifs, compte tenu de la pénurie possible de ces ressources essentielles ? Face à une pandémie, quelles sont les obligations pour les agents de santé de travailler malgré les risques pour leur propre santé et pour la santé de leur famille ? Comment les mesures de surveillance, d'isolement, de quarantaine et de réduction des contacts sociaux peuvent-elles être prises dans le respect des règles éthiques ? Quelles obligations les pays ont-ils les uns envers les autres s'agissant des efforts de planification et d'action face à une grippe pandémique ?

Si ces questions ne sont pas clairement posées dans le cadre de la planification, les efforts de lutte

en cas de pandémie pourraient être gravement entravés. Un cadre éthique résultant d'un débat public est indispensable pour maintenir la confiance du public, encourager le respect des règles et minimiser les troubles sociaux et les pertes économiques. Compte tenu du fait que ces questions sont particulièrement délicates et que l'on ne disposera pas du temps nécessaire pour y répondre de manière efficace une fois qu'une pandémie se sera déclarée, les pays doivent les aborder maintenant tant que des délibérations réfléchies sont encore possibles.

Répondant à la demande des Etats Membres, les Départements Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie, et Ethique, commerce, droits de l'homme et droits de la santé¹ de l'OMS ont lancé un projet conjoint visant à « répondre aux questions d'éthique dans le cadre de la planification de la grippe pandémique ». En mars 2006, l'OMS a établi quatre groupes de travail (correspondant aux chapitres 3 à 6 du présent document) afin de délibérer sur les questions éthiques essentielles liées à une possible pandémie de grippe. Les 18 et 19 mai 2006, des réunions techniques des groupes de travail ont eu lieu à Genève, en Suisse. Sur la base des discussions qui ont eu lieu lors de ces réunions et des observations formulées, quatre documents de référence ont été rédigés. Ces documents ont ensuite servi de base aux délibérations lors d'une consultation mondiale qui s'est tenue les 24 et 25 octobre 2006 à Genève. Près d'une centaine d'experts et de représentants des organisations internationales, du personnel de l'OMS des bureaux régionaux et du Siège ainsi que des observateurs des missions permanentes à Genève ont participé à cette consultation. Les objectifs principaux étaient de discuter, sur la base des projets de documents

¹ Appelé Département Ethique, équité, commerce et droits de l'homme depuis le 1^{er} novembre 2007.

de référence, des questions éthiques qu'il convient de résoudre dans le cadre de la conception et de la mise en place d'une action de santé publique visant à répondre à la grippe pandémique, et de jeter les bases des recommandations qui seront élaborées par l'OMS dans ce domaine. Le présent document a été établi à partir des enseignements tirés de la consultation, de réunions internationales ultérieures, ainsi que d'autres informations parmi lesquelles figure le rapport intitulé « Stand on guard for thee » (2) du Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto (centre collaborateur de l'OMS), au Canada, les forums de discussion organisés par l'Espace éthique (Paris, France) et les ateliers régionaux de l'OMS sur l'endiguement rapide qui ont eu lieu au Cambodge, en Indonésie, au Kazakhstan et en Arabie saoudite.

L'objectif de ce document est d'aider à tous les niveaux les responsables sociaux et politiques qui ont une influence sur la prise des décisions politiques concernant l'introduction des considérations éthiques dans les plans de préparation à la pandémie de grippe au niveau national (pour les liens concernant les plans nationaux, voir l'annexe). Le document met l'accent sur la détermination des priorités et l'accès équitable aux ressources, les res-

trictions aux mouvements des individus du fait d'interventions non pharmaceutiques (parmi lesquelles l'isolement des cas, la mise en quarantaine des contacts et les limitations aux rassemblements sociaux), les obligations respectives du personnel de santé et de ses employeurs et gouvernements, et les obligations des pays les uns vis-à-vis des autres. Parmi les principes éthiques essentiels mis en lumière figurent l'équité, l'utilité/efficacité, la liberté, la réciprocité et la solidarité. Le document traite également de la nécessité d'un partage transparent et en temps voulu de l'information afin d'améliorer la conception des politiques reposant sur des éléments factuels, et de faciliter l'engagement public dans le processus de prise de décision.

Le présent document aborde des questions liées à la santé publique, en premier lieu celles qui se poseront sans doute au cours de la période d'alerte à la pandémie et de la période de pandémie (voir glossaire). Étant donné que les décisions précises dépendront de la situation locale et des valeurs culturelles, il sera nécessaire d'adapter ces recommandations mondiales aux contextes régional et national, moyennant le plein respect des principes et traités internationaux relatifs aux droits de l'homme.

2

Considérations éthiques d'ordre général

L'équilibre des droits, des intérêts et des valeurs

La planification de la préparation à une pandémie de grippe suppose de trouver un équilibre entre les intérêts des individus et les intérêts de la société, qui peuvent être divergents. Dans des situations d'urgence, la jouissance individuelle des droits de l'homme et des libertés civiles peut devoir être limitée par l'intérêt public. Toutefois, la volonté de protéger les droits individuels doit faire partie intégrante de toute politique. Les mesures qui limitent les droits individuels et les libertés civiles doivent être nécessaires, raisonnables, proportionnées, équitables, non discriminatoires et pleinement conformes aux lois nationales et aux traités internationaux.

Pour trouver un équilibre entre des intérêts et des valeurs divergents, les responsables politiques peuvent utiliser les principes éthiques comme des outils qui leur permettront d'évaluer des demandes contradictoires et de parvenir à des décisions appropriées. L'éthique ne fournit pas un ensemble de politiques figées ; les considérations éthiques seront plutôt façonnées par le contexte local et les valeurs culturelles. Les principes d'équité, d'utilité/efficacité, de liberté, de réciprocité et de solidarité (voir le glossaire) sont particulièrement utiles dans le contexte de la préparation à la pandémie de grippe. Bien qu'ils aboutissent souvent à des exigences contradictoires, ils fournissent un cadre permettant aux responsables politiques d'évaluer et d'équilibrer l'éventail des intérêts qui en découlent. Toutes les délibérations d'ordre éthique doivent avoir lieu dans le contexte des principes régissant les droits de l'homme, et toutes les politiques doivent être compatibles avec la législation applicable concernant les droits de l'homme.

Les données factuelles à la base des mesures de santé publique

Les mesures de santé publique qui impliquent des coûts et/ou des contraintes importants doivent

être réservées aux situations où l'on pourra légitimement penser qu'elles permettront de modifier les conséquences d'une pandémie. Du fait que l'on ne pourra savoir que peu de choses sur la virulence et la transmissibilité du prochain virus de la pandémie de grippe tant qu'il n'a pas commencé à se propager largement, il sera souvent difficile de juger de l'efficacité et des avantages probables des mesures de santé publique et les avis pourront varier avec le temps. Il faut que les responsables politiques fondent leurs décisions sur les données factuelles les plus fiables disponibles à un moment donné. Pour faciliter ces efforts, en cas de pandémie l'OMS s'efforcera de diffuser des recommandations reposant sur des données factuelles le plus rapidement possible, au fur et à mesure de l'évolution de la menace pandémique. Les plans de préparation doivent être suffisamment souples pour permettre une adaptation régulière au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux éléments factuels sur la nature de la maladie.

Transparence, engagement public et mobilisation sociale

L'engagement public et la participation des parties prenantes compétentes doivent faire partie de tous les aspects de la planification (3). Les décisions politiques et les éléments qui les justifient doivent être diffusés et ouverts à l'examen attentif du public. Cela contribuera à :

- accroître la sensibilisation du public quant aux risques liés à la maladie et permettre à la population d'adopter des mesures aux niveaux individuel, familial, sur son lieu de travail et au niveau de la société pour se préparer à une pandémie de grippe et agir ;
- favoriser la mise au point de plans appropriés et efficaces et accroître la confiance du public dans le fait que les politiques sont raisonnables, adaptées, non discriminatoires et respectueuses des circonstances et valeurs locales ;

- obtenir l'accord du public et de la société civile sur l'utilisation des mesures thérapeutiques et prophylactiques et leur répartition ;
- fournir aux responsables de la planification des informations en retour utiles concernant à la fois les informations qui peuvent leur faire défaut (par exemple concernant la situation locale) et l'acceptabilité de leurs plans pour le grand public ;
- entretenir la confiance du public, contribuer à la légitimité des plans et veiller au respect de l'obligation de rendre compte par les décideurs à la fois à l'étape de la planification et au cours de la mise en œuvre du plan ;
- encourager l'observation des mesures par le public, atténuer les craintes de l'inconnu et la possibilité de troubles sociaux ou les réactions de panique qui peuvent surgir, en particulier dans des circonstances où la population devra faire des sacrifices et sans doute subir des pertes financières ou des atteintes à son autonomie personnelle.

Information, éducation et communication

Pour que l'engagement de la société dans les activités de préparation à la pandémie soit significatif, des méthodes efficaces de communication avec le public et d'éducation du public sur les questions concernées sont essentielles. Les principes de la communication en cas de flambée pandémique sont les suivants : confiance ; transparence ; communication rapide avec la population, dialogue avec le public ; et planification (4). Une planification anticipée permettra de mettre au point des stratégies qui atteindront l'ensemble de la population et qui seront appropriées d'un point de vue linguistique et culturel. Les différents types d'information ci-après doivent faire l'objet de communications pendant toutes les périodes, y compris pendant la période interpandémique :

- les initiatives entreprises pour permettre aux citoyens ou aux communautés de participer à la mise au point de politiques pour réagir face à une pandémie ;
- la nature et la portée de la menace et des risques associés, et la propagation de la pandémie ;
- les mesures qui sont prises pour réagir face à la pandémie, y compris les nouvelles politiques adoptées et leurs justifications ;
- les mesures scientifiquement fondées, faisables et compréhensibles que la population peut adopter

pour se protéger et/ou protéger d'autres personnes de l'infection.

Les critères et procédures de prise de décision qui seront utilisés durant une pandémie de grippe doivent faire l'objet d'une communication au public le plus tôt possible. Il est inévitable qu'une partie de cette information soit incertaine, et cette incertitude doit aussi être rendue publique de manière claire et dans un langage qui ne soit pas alarmiste. Les informations disponibles changeront continuellement tout au long de la pandémie et demanderont des ajustements des stratégies de réaction sur la base d'une évaluation permanente des risques et des avantages potentiels des interventions. Ces ajustements, et les éléments qui les justifient, doivent être communiqués au public.

Ressources limitées

Tandis que tous les pays doivent fournir des efforts raisonnables pour se préparer à une pandémie de grippe, les différences dans l'accès aux ressources signifient que ce qui est raisonnable pour un pays ne le sera sans doute pas pour un autre. Dans les pays en développement, la pénurie de ressources et les besoins en soins de santé immédiats peuvent rendre difficiles l'élaboration et la mise en œuvre de plans complets (5,6). Dans certains cas, il peut être possible d'obtenir des ressources en utilisant plus efficacement les fonds disponibles. En outre, certaines mesures, telles que la mise au point de stratégies de communication qui répondent aux attentes culturelles, peuvent être obtenues moyennant un apport de ressources relativement modeste. Toutefois, à un moment donné, les pays devront prendre des décisions difficiles sur le poids relatif qui devra être accordé à la préparation à la pandémie par rapport à d'autres priorités de santé publique majeures telles que le VIH et le paludisme. Ces décisions sur l'attribution des ressources doivent être prises en connaissance de cause moyennant un processus de participation de la société, et leur raison d'être doit être clairement communiquée au public.

La pénurie de ressources à laquelle sont confrontés les pays en développement ainsi que le caractère mondial de la menace mettent en évidence l'importance d'une coopération internationale en vue de la mise au point d'une action mondiale face à une pandémie de grippe (voir le chapitre 6).

3

Détermination des priorités et accès équitable aux mesures thérapeutiques et prophylactiques

Une pandémie de grippe obligera les pays à prendre des décisions difficiles concernant l'attribution de mesures thérapeutiques et prophylactiques limitées (voir Encadré 1). De nombreux principes éthiques différents peuvent être appliqués au rationnement et à la détermination des priorités dans le domaine des soins de santé. Le principe de l'utilité, par exemple, suppose que les ressources soient utilisées pour obtenir le maximum de résultats positifs possibles en termes de santé, ce qui se traduit souvent par « sauver le maximum de vies ». Le principe d'équité requiert que la répartition des avantages et des inconvénients soit équitable (voir glossaire). Quand ces principes s'opposent, l'équilibre approprié à trouver doit être déterminé dans le cadre d'un processus ouvert et transparent qui tienne compte des circonstances locales et des valeurs culturelles.

Considérations d'ordre général

Dans le cadre de la planification en vue d'une grippe pandémique, les responsables politiques doivent mettre en place un **processus pour fixer les priorités et promouvoir un accès équitable** qui :

- fasse participer la société civile et les autres parties prenantes essentielles au processus de prise de décision (voir Encadré 2) de sorte que les décisions relatives aux critères à utiliser dans l'allocation de ressources limitées soient prises de manière ouverte, transparente et en tenant compte de tous les éléments ;
- incorpore des mécanismes clairs, préétablis pour réviser les décisions sur la base de nouveaux éléments d'appréciation, le cas échéant.

Même lorsque l'accès au traitement ou à la prophylaxie est limité, le public a droit à **des informations régulières et précises**. Il conviendrait que les stratégies de communication veillent à ce que le public ait accès à l'information concernant :

- la disponibilité des médicaments pour le traitement et la prophylaxie ;
- la disponibilité des autres mesures préventives et thérapeutiques ;
- les normes et procédures qui seront utilisées pour décider de l'attribution des médicaments et de l'adoption des autres mesures préventives et thérapeutiques ;
- la manière dont les individus peuvent avoir accès aux ressources thérapeutiques et prophylactiques qui peuvent être disponibles pour eux-mêmes, leur famille et leur communauté.

Quels que soient les critères choisis pour présider à l'attribution des mesures thérapeutiques et préventives, certains **éléments de base** seront importants dans tous les plans. Il s'agit notamment :

- de faciliter l'accès au niveau de traitement le plus élevé possible compte tenu des ressources disponibles, en prêtant une attention rigoureuse aux besoins de toutes les populations (voir aussi le chapitre 6) ;
- de fournir aux cliniciens des protocoles clairs et transparents de dépistage et traitement conformes aux dernières recommandations de l'OMS ou des autorités sanitaires nationales compétentes ;
- d'incorporer des mécanismes qui :
 - garantissent le suivi des lignes directrices et des protocoles ;
 - permettent aux cliniciens d'informer les autorités sanitaires lorsque l'expérience clinique montre qu'il est nécessaire de réviser les protocoles ;
 - permettent aux cliniciens de prendre part au processus de mise à jour des lignes directrices et des protocoles au fur et à mesure de la progression de la pandémie ;
- de proposer des critères permettant d'établir des priorités pour le maintien d'un système de soins

ENCADRÉ 1

Attribution de ressources limitées – plan suisse de pandémie Influenza 2006 (actualisé en novembre 2007) (7)

La Commission nationale suisse d'éthique dans le domaine de la médecine humaine a rédigé un document sur les questions éthiques dans le cadre de la préparation à la pandémie, qui a été intégré au plan suisse de lutte contre la pandémie de grippe. Le modèle ci-après qui prévoit plusieurs étapes pour l'attribution de moyens limités est adapté de ce plan :

1. Durant la première phase, toute personne qui a besoin d'un traitement le recevra. Cette phase se poursuivra jusqu'à ce que le nombre de personnes nécessitant un traitement dépasse les possibilités thérapeutiques élargies. Pendant cette période, les personnes seront traitées selon leur ordre d'arrivée ou parce qu'elles sont déjà en traitement pour une autre maladie.
2. La deuxième phase commence lorsque les capacités de traitement sont épuisées et qu'il faut dès lors refuser une partie des malades car il n'est plus possible de les traiter tous. Dans cette phase, les possibilités limitées de traitement sont réservées aux malades dont l'état est le plus préoccupant.
3. Finalement commence la troisième phase, qui correspond au triage en médecine de guerre et des catastrophes. Durant cette phase, les ressources thérapeutiques limitées sont déjà attribuées aux malades dont la vie est en danger. Quand il n'est plus possible de soigner tous ces malades, on traitera en priorité ceux d'entre eux pour lesquels le traitement offre les plus grandes chances de survie. A l'inverse, on renoncera à traiter durant cette phase si possible uniquement les personnes que l'on ne peut pratiquement plus aider. Les personnes pour qui le pronostic est mauvais ne recevront que des soins palliatifs pendant cette phase.

qui fonctionne et répond aux besoins dans une situation de crise, en veillant à :

- un juste équilibre entre le traitement des patients atteints de la grippe et le traitement des patients souffrant d'autres affections graves ;
- l'établissement de priorités dans l'accès à l'infrastructure générale de soins pour les patients ne souffrant pas de la grippe ;
- l'identification des patients, parmi ceux souffrant de la grippe, qui recevront les soins en hôpitaux et ceux qui recevront des soins à domicile, et les critères applicables pour une sortie rapide de l'hôpital (éventuellement même s'ils sont encore contagieux).

Critères à utiliser lors de la détermination des priorités

Bien que le principe d'utilité ne soit pas la seule considération éthique pertinente, il s'agit d'un facteur important à prendre en compte lors de la conception des politiques fixant les priorités. Les **considérations d'utilité** sont notamment les suivantes :

- Dans l'intérêt de l'individu
 - la probabilité qu'un traitement antiviral et un traitement adjuvant fournis à un individu atteint de la grippe pandémique lui soit bénéfique ;
 - la probabilité pour un individu risquant l'infection d'être infecté/de tomber malade si la prophylaxie antivirale spécifique à la grippe ne lui est pas fournie ;
- Dans l'intérêt de la communauté
 - la probabilité pour un individu infecté de contaminer d'autres personnes s'il n'a pas accès aux antiviraux (à titre de traitement ou de prophylaxie) et aux mesures de lutte contre l'infection ;
 - la réduction globale de la charge de morbidité escomptée du fait de l'intervention ;
 - l'importance potentielle qu'il y a à accorder la priorité :
 - au personnel de santé indispensable ;
 - aux autres professionnels qui fournissent des services permettant d'épargner des vies ;
 - aux travailleurs qui fournissent des services essentiels pour que la société fonctionne aussi normalement que possible ; de telles politiques doivent être mises au point avec énormément de prudence compte tenu du risque que le fait de favoriser certaines catégories de personnel puisse être perçu comme injuste et saper la confiance du public.

ENCADRÉ 2

Les Maoris dans la planification de la pandémie – Nouvelle-Zélande (8)

La population indigène maorie de Nouvelle-Zélande a été frappée particulièrement durement par la pandémie de grippe de 1918. Même aujourd'hui, son état de santé n'est pas aussi bon que celui de la population générale et son statut socio-économique est souvent inférieur. Elle est par conséquent considérée comme une population vulnérable d'un point de vue sanitaire. Le Ministère de la Santé a fait participer des représentants maoris au processus de planification de la pandémie afin de protéger les besoins de ce groupe vulnérable dans la perspective d'une future pandémie.

En décembre 2005, le Ministère de la Santé a organisé une réunion avec un groupe de réflexion maori composé de sept membres, parmi lesquels figuraient des experts du secteur de la santé et des incapacités ainsi que des administrateurs maoris des comités de santé de district, afin de recenser les questions essentielles pour cette population. Il a été décidé lors de cette réunion de créer un groupe maori de référence pour la pandémie. Au cours d'une deuxième réunion qui s'est tenue en juin 2006, parmi les questions abordées figuraient la mise au point d'aide-mémoire destinés aux communautés maories et l'accès à d'autres ressources, la participation des Maoris aux conseils sanitaires de district ainsi que le rôle des prestataires maoris, la préparation du personnel et les infrastructures et les besoins dans la communauté. Le groupe maori de référence pour la pandémie fait désormais partie de la branche du secteur sanitaire dans le cadre du processus de planification de la pandémie en Nouvelle-Zélande.

Un autre principe, qui peut parfois entrer en contradiction avec les considérations d'utilité, est le principe d'équité. Les **considérations d'équité** peuvent conduire à accorder la priorité :

- aux personnes les plus affectées (en termes de gravité de la maladie) ;
- aux populations vulnérables et souffrant d'incapacités ;
- aux personnes non infectées qui courent un risque élevé de complications graves et de décès si elles venaient à être contaminées.

Il existe différentes opinions sur le caractère approprié de la prise en compte de l'**âge** pour prendre les décisions concernant les priorités.

- L'argument relatif à la « durée de vie escomptée » (voir le glossaire) préconise l'octroi d'une priorité aux personnes relativement jeunes.
- L'objectif visant à réduire la charge globale de morbidité peut aussi constituer un motif pour favoriser les personnes les plus jeunes, même si l'argument relatif à la durée de vie escomptée n'est pas accepté.

Les critères pour fixer des priorités en fonction de l'âge doivent être adoptés uniquement après une large consultation publique. Ces critères doivent reposer sur de larges étapes de la vie et non classer les individus en fonction de différences ne représentant que quelques années.

Les responsables politiques doivent veiller à ce

que les critères de détermination des priorités **n'établissent pas de discrimination** à l'encontre des individus, basée sur des caractéristiques inappropriées, parmi lesquelles :

- le genre
- l'origine ethnique
- la religion
- l'appartenance politique
- le pays d'origine
- le statut social ou économique.

Considérations complémentaires liées à la priorité dans l'accès aux vaccins

L'état actuel des techniques de production des vaccins contre la grippe dans de nombreux pays laisse penser que les premières doses d'un vaccin contre un nouveau virus de la grippe pandémique ne seront pas disponibles avant cinq ou six mois après le déclenchement de la pandémie. La production de doses suffisantes pour répondre à la demande mondiale pourrait demander quelques mois supplémentaires. Par conséquent, il est indispensable que les responsables politiques à tous les niveaux conviennent, après consultation des dirigeants politiques et des leaders de la société civile, de la manière dont le vaccin sera utilisé lorsqu'il sera disponible (voir Encadré 3). Nombreux sont ceux qui considèrent que la vaccination est la plus urgente pour les personnes qui risquent le plus de décéder de la grippe si elles étaient infectées. Les études

épidémiologiques effectuées pendant la pandémie devraient permettre d'identifier ces groupes à haut risque, mais il est possible que ce type d'information n'existe pas encore lorsque le vaccin commencera à être disponible. Le risque de décès après l'infection peut varier d'un pays à l'autre et dépendra de l'âge, de la situation socio-économique, de l'état de santé général et de la disponibilité des soins, notamment de la possibilité d'obtenir des antiviraux pour le traitement ou la prophylaxie. En outre, une politique de vaccination des personnes qui risquent le plus de décéder de la grippe ne sera pas nécessairement compatible avec d'autres objectifs éventuels, tels que la limitation de la propagation de l'infection dans la population.

Il existe ainsi plusieurs approches acceptables bien que parfois divergentes pour fixer des priorités entre les personnes qui doivent être vaccinées (9). Elles consistent notamment à :

- accorder la priorité aux agents de santé et aux autres prestataires de services essentiels afin de contribuer à soutenir le système de soins ;
- vacciner les groupes de personnes jouant un rôle central dans la propagation de l'infection, que l'on a appelés parfois les « superpropagateurs » (si une telle stratégie peut s'avérer efficace) ;
- vacciner les personnes qui risquent le plus de décéder de la grippe si elles sont infectées.

Il peut être nécessaire d'utiliser d'autres critères de détermination des priorités ; une approche consisterait ainsi à accorder la priorité aux enfants et aux jeunes adultes sur la base de l'argument relatif à la durée de vie escomptée (« fair innings argument » – voir ci-dessus).

Soins médicaux et infirmiers

De nombreux patients souffrant de la grippe auront besoin de soins médicaux de base et de soins infirmiers, notamment d'un traitement visant à alléger les symptômes. La mise en place et le maintien des infrastructures de santé permettant de dispenser les soins primaires constituent une priorité essentielle dans la préparation à la pandémie, en particulier du fait que de tels investissements seront bénéfiques à tout moment et non seulement pendant une pandémie.

En outre, les plans doivent aborder les questions suivantes :

- les règles relatives à l'arrêt du traitement des patients souffrant de la grippe pandémique et d'autres maladies ou affections, de sorte que d'autres patients puissent avoir accès aux ressources limitées (telles que la ventilation mécanique assistée) ;
- l'importance de fournir des soins palliatifs/de soutien à toutes les personnes qui en ont besoin.

ENCADRÉ 3

Participation communautaire à la détermination des priorités en matière de vaccins – projet pilote de participation publique concernant la grippe pandémique 2005 (10)

Le projet pilote de participation publique concernant la grippe pandémique (PEPPPI) a été lancé aux États-Unis d'Amérique en 2005 par un groupe d'organisations afin de tester une méthode de participation du public à la prise des décisions politiques concernant la vaccination. Des consultations ont été menées avec les citoyens en général et un groupe de parties prenantes parmi lesquelles figuraient des représentants d'organisations concernées par la grippe pandémique et des consultants spécialisés. L'objectif du projet pilote était de mettre au point un plan amélioré en vue de la grippe pandémique qui serait susceptible de recevoir le soutien du public et de démontrer que la participation du public peut être utile dans le cadre du processus politique de préparation à la pandémie.

Une première consultation a eu lieu avec le groupe des parties prenantes afin de structurer les questions, d'obtenir des informations générales et de susciter une prise de conscience sur les dilemmes éthiques liés à la définition de priorités en matière de vaccination. Lors d'une deuxième consultation, les citoyens en général ont été invités à choisir les objectifs prioritaires de première importance en vue d'un programme de vaccination contre la grippe. Une réunion de suivi avec le groupe des parties prenantes a eu lieu, ainsi qu'une consultation plus large au cours de laquelle il a été demandé aux citoyens de réagir sur les objectifs prioritaires établis au cours de la première consultation avec l'ensemble des citoyens. Au total, les consultations ont réuni environ 300 participants aux expériences et aux opinions diverses.

Les groupes ont été très largement d'accord sur le fait que le premier objectif de la vaccination doit être de garantir le fonctionnement de la société, suivi par l'objectif de réduire les décès individuels et les hospitalisations dues à la grippe. Ce projet a montré que les groupes de parties prenantes et de citoyens dans leur ensemble peuvent participer au processus d'élaboration des politiques relatives à la préparation de la grippe pandémique ; ils peuvent apprendre à connaître une question technique, dialoguer les uns avec les autres de manière respectueuse et parvenir à un résultat positif sur des questions de politique à la fois techniques et complexes.

4

Mesures d'isolement, de quarantaine, de contrôle aux frontières et de réduction des contacts sociaux

Les pays ont l'obligation de réduire au minimum la charge de morbidité qui pèse sur les individus et les communautés, mais ils doivent le faire d'une façon qui soit respectueuse des droits et des libertés individuels. La nécessité de trouver un équilibre entre les intérêts de la communauté et les droits de l'individu revêt une importance particulière lors de la mise en œuvre de mesures de santé publique telles que l'isolement, la quarantaine, la réduction des contacts sociaux et les contrôles aux frontières. Tandis qu'il est légitime de s'efforcer de mettre en place des mesures afin de retarder la propagation ou d'atténuer l'impact d'une pandémie de grippe, le poids qu'elles font peser sur les libertés individuelles exige que leur utilisation soit soigneusement circonscrite et limitée aux circonstances dans lesquelles il est raisonnable de penser qu'elles auront d'importantes retombées positives pour la santé publique.

Les principes des droits de l'homme qui sont reconnus au niveau international fournissent le cadre qui permet d'évaluer l'acceptabilité d'un point de vue éthique des mesures de santé publique qui limitent la liberté individuelle, tout comme les droits de l'homme seront à la base d'autres politiques relatives à la pandémie. Nombre des considérations abordées dans le présent chapitre sont en fait explicitement intégrées aux documents relatifs aux droits de l'homme. Les Principes de Syracuse (11), qui en sont un exemple, énoncent que toute limitation des droits de l'homme doit être conforme à la législation ; reposer sur un objectif légitime ; être strictement nécessaire dans une société démocratique ; être appliquée selon les moyens les moins restrictifs et intrusifs disponibles ; et n'être ni arbitraire, ni déraisonnable, ni discriminatoire. En outre, selon les principes de la justice distributive, les mesures de santé publique ne doivent pas faire peser un fardeau injuste sur des groupes particuliers de la population. Les responsables politiques doivent

ainsi accorder une attention particulière aux groupes qui sont les plus vulnérables à la discrimination, à la stigmatisation ou à l'isolement, notamment les minorités raciales et ethniques, les personnes âgées, les prisonniers, les personnes handicapées, les migrants et les sans-abri.

Les principales responsabilités des gouvernements

Moyennant une assistance financière et technique internationale appropriée, les pays doivent **se doter des principales capacités requises pour la surveillance et l'action en matière de santé publique** conformément aux obligations juridiques internationales qui leur incombent en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) (12). Ils doivent également **revoir les lois existantes en matière de santé publique** afin de s'assurer qu'elles :

- fournissent l'autorité nécessaire pour engager les actions appropriées qui pourront être nécessaires en cas d'urgence de santé publique ;
- délimitent clairement les procédures à suivre pour mettre en place des mesures de santé publique particulières ;
- reconnaissent l'importance de baser les actions de santé publique sur des données scientifiques ;
- tiennent compte des principes éthiques de nécessité, de proportionnalité, de justice sociale, de liberté, de confidentialité, de réciprocité, de traitement équitable, d'efficacité, de transparence et d'obligation de rendre compte ;
- protègent la confidentialité et la sécurité des informations personnelles et limitent la divulgation des informations personnelles relatives à la santé au minimum nécessaire pour atteindre les objectifs légitimes en matière de santé publique ; l'information doit être partagée uniquement à des fins légitimes de santé publique et, dans toute

la mesure possible, les individus doivent être informés de l'accès de tiers à leurs informations personnelles, de l'utilisation projetée de ces informations et des raisons de son partage.

Les pays doivent se doter de **stratégies de communication et de mobilisation sociale spécifiques aux communautés** qui :

- soient appropriées d'un point de vue linguistique et culturel ;
- soient mises au point avec la participation de la communauté ;
- fournissent des informations complètes, équilibrées et disponibles en temps voulu reposant sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur l'avis d'experts ;
- veillent à ce que les communautés soient informées de la nature et de l'évolution de la menace et de l'évolution de la politique gouvernementale, y compris des changements apportés à la législation sur la santé publique ;
- prévoient des mesures scientifiquement fondées, faisables et compréhensibles, que les gens puissent adopter pour se protéger eux-mêmes ou protéger des tiers contre l'infection, notamment par des pratiques d'hygiène individuelle ou collective.

Considérations relatives à des stratégies spécifiques en matière de santé publique

Il n'est pas possible de déterminer si des stratégies de santé publique spécifiques sont appropriées avant la pandémie de grippe. L'efficacité de certaines mesures dépendra de facteurs qui actuellement restent inconnus, en particulier de la pathogénicité et du schéma de transmission d'un nouveau sous-type de virus de la grippe. Lorsqu'il s'agit de déterminer s'il convient d'adopter des stratégies particulières en matière de santé publique, les pays doivent s'appuyer sur les meilleures données scientifiques disponibles. Les restrictions aux libertés individuelles ne doivent être adoptées que s'il est raisonnable de penser qu'elles permettront d'endiguer la propagation de la maladie ou d'en atténuer l'impact de manière significative, et il doit y être mis un terme dès qu'elles ne semblent plus offrir des avantages significatifs. Toutes les mesures de santé publique doivent être conformes à la législation internationale en matière de droits de l'homme et aux prescriptions

juridiques nationales, et les gouvernements doivent accorder une attention particulière à la protection des intérêts des populations vulnérables.

Lorsqu'ils planifient de recourir à des mesures particulières de santé publique, les pays doivent prendre en compte les facteurs ci-après.

Les plans relatifs aux **mesures de réduction des contacts sociaux** doivent :

- dans la mesure du possible prévoir les moyens d'en atténuer les effets néfastes sur les plans culturel, économique, social, émotionnel et sanitaire pour les individus et les communautés ;
- offrir une protection en matière d'emploi aux travailleurs qui se conforment aux mesures de réduction des contacts sociaux contre le souhait de leurs employeurs ;
- prendre en compte les informations transmises par les employeurs, les syndicats et les autres parties prenantes pertinentes, en particulier en ce qui concerne les plans relatifs aux procédures de clôture des lieux de travail et au recours à des programmes de travail de remplacement ;
- être mis à l'avance à la disposition des acteurs clés qui seront chargés de mettre en œuvre ces mesures de façon à ce qu'ils puissent les adapter à la culture et au contexte locaux et préparer leur mise en œuvre.

Les plans relatifs aux **restrictions aux voyages et aux contrôles aux frontières** doivent :

- être conformes aux recommandations de l'OMS (5, *annexe 1*) pour chaque stade d'une pandémie et pouvoir être adaptés en fonction de l'évolution des recommandations internationales ;
- respecter, dans la mesure du possible, le droit individuel à la liberté de mouvement ;
- veiller à obtenir le consentement éclairé des voyageurs concernés pour les examens, la prophylaxie et les traitements conformément au RSI (2005) (12).

Les plans relatifs à **l'isolement des individus présentant des symptômes et à la mise en quarantaine de leurs contacts** doivent :

- être basés dans toute la mesure possible sur le volontariat (voir Encadré 4) ; les mesures obligatoires ne doivent être instituées qu'en dernier recours, lorsque l'on ne peut pas raisonnablement penser que les mesures volontaires seront un

- succès et que l'échec dans l'institution de mesures obligatoires aura probablement un impact significatif sur la santé publique ;
- prévoir des mesures de lutte contre l'infection adaptées à chaque contexte de confinement (par exemple les hôpitaux, les abris temporaires ou les foyers) afin de protéger les autres personnes de l'infection ;
 - veiller à ce que les conditions de confinement soient sûres et humaines, dans des lieux habitables, et que soient fournis les produits de première nécessité (aliments, eau, vêtements, soins médicaux, etc.) ainsi que, si cela est faisable, un soutien psychosocial aux personnes qui sont confinées ;
 - envisager la mise au point de mécanismes afin de répondre aux conséquences potentielles du confinement du point de vue financier et de l'emploi ;
 - protéger les intérêts des membres du foyer des individus qui sont isolés et traités chez eux, y compris en recommandant ou en fournissant un logement de remplacement si le fait de vivre avec le patient isolé peut leur faire courir un risque élevé de contracter la maladie (par exemple les membres de la famille dont le système immunitaire est affaibli) ;
 - prévoir des procédures équitables pour la prise des décisions concernant les individus affectés ; dans des circonstances extraordinaires, des exceptions aux procédures normales de protection peuvent être appropriées lorsqu'une action immédiate est indispensable pour protéger la santé des tiers mais, dans tous les cas, les individus doivent disposer d'une possibilité de recours juridique pour contester les mesures d'isolement ou de quarantaine les concernant.

ENCADRÉ 4

Attitudes face au recours à la quarantaine – une enquête multisites (13)

Une enquête téléphonique conçue aux Etats-Unis par la Harvard School of Public Health et les US Centers for Disease Control and Prevention a été menée dans quatre lieux : dans la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) ; dans la province chinoise de Taïwan ; à Singapour ; et aux Etats-Unis d'Amérique. Les personnes interrogées recevaient des informations sur le recours à la quarantaine dans l'éventualité d'une flambée d'une maladie transmissible et elles étaient questionnées sur leur attitude vis-à-vis de cette mesure de santé publique. Ces quatre lieux ont été choisis compte tenu de leur expérience passée des mesures de quarantaine, les Etats-Unis étant le lieu où la quarantaine n'a pas été utilisée récemment.

Dans tous les lieux d'enquête, une majorité de personnes interrogées s'est déclarée favorable aux mesures de quarantaine pour les personnes suspectées d'avoir été exposées à une maladie transmissible (RAS de Hong Kong, Chine, 81 % ; province chinoise de Taïwan, 95 % ; Singapour, 89 % ; Etats-Unis, 76 %). Ce soutien diminuait quel que soit le lieu si le refus de se conformer à un ordre de quarantaine pouvait conduire à une arrestation (RAS de Hong Kong, Chine, 54 % ; province chinoise de Taïwan, 70 % ; Singapour, 68 % ; Etats-Unis, 42 %).

L'enquête a laissé apparaître des différences s'agissant de l'approbation des mesures de suivi du respect des politiques de quarantaine. En général, les personnes répondant à l'enquête étaient moins favorables aux mesures de suivi restrictives aux Etats-Unis que dans d'autres lieux. Dans les quatre lieux d'enquête, une majorité soutenait le suivi par l'intermédiaire d'appels téléphoniques réguliers et de visites quotidiennes mais se montrait moins favorable à une surveillance vidéo régulière. La majorité des personnes répondant à l'enquête aux Etats-Unis était contre l'usage de bracelets électroniques ou la présence de gardes devant les bâtiments où avait lieu la mise en quarantaine, tandis que ces mesures étaient soutenues par une majorité des personnes répondant à l'enquête dans la RAS de Hong Kong en Chine, dans la province chinoise de Taïwan et à Singapour.

Les personnes interrogées aux Etats-Unis préféraient dans leur grande majorité la quarantaine à domicile, tandis que, dans les autres lieux, le nombre des personnes favorables à la quarantaine à domicile plutôt qu'à la quarantaine en institution était inférieur. Les principales préoccupations quant à la mise en quarantaine dans un centre de soins portaient sur le risque d'exposition à la maladie contagieuse, la surpopulation et la difficulté de communiquer avec les proches. Les auteurs ont conclu que les responsables politiques doivent disposer de plans spécifiques pour répondre aux préoccupations du public concernant les politiques de quarantaine obligatoires.

5

Le rôle et les obligations du personnel soignant pendant une flambée de grippe pandémique

La disponibilité du personnel soignant sera essentielle afin de lutter efficacement contre une pandémie de grippe. Par conséquent, les pays doivent mettre au point des politiques qui définissent clairement les obligations du personnel soignant, afin qu'il soit informé de ce qu'on attendra de lui (voir par exemple l'Encadré 5). Lors de la mise au point de ces politiques, les pays doivent considérer que les obligations peuvent être reconnues de l'une, ou de plusieurs, des façons suivantes, qui ne s'excluent pas mutuellement :

- **Obligations morales** – Les obligations morales sont basées sur la compréhension par une société des conduites « bonnes » ou « mauvaises » et/ou sur la reconnaissance d'un ensemble de valeurs universelles. Celles-ci énoncent ce que les gens « devraient » faire, mais elles ne sont pas en elles-mêmes juridiquement contraignantes. Les politiques qui traitent des obligations morales des individus peuvent jouer un rôle important en créant une norme sociale en faveur d'un comportement particulier.
 - **Obligations professionnelles** – Les obligations professionnelles reposent sur la compréhension propre à une profession particulière de la manière dont les membres de cette profession devraient se comporter. Les obligations professionnelles sont souvent établies par des associations professionnelles moyennant un processus formel de délibération et peuvent faire l'objet de lignes directrices ou de codes d'éthique. Les violations des obligations professionnelles peuvent parfois aboutir à des sanctions au sein de la profession, telles que des avertissements ou la perte de certains privilèges inhérents à la profession.
 - **Obligations contractuelles** – Les obligations contractuelles sont des obligations que les individus ont contracté volontairement dans le cadre d'un accord avec une tierce personne (par exemple un contrat de travail). Lorsque les personnes ne respectent pas leurs obligations contractuelles, elles peuvent être tenues de dédommager financièrement l'autre partie au contrat ou faire l'objet de sanctions, parmi lesquelles la perte de leur emploi.
- **Obligations juridiques non contractuelles**
 - De nombreuses lois créent des obligations contraignantes, dont la violation peut entraîner des sanctions civiles et/ou pénales. Certaines obligations juridiques sont également des obligations morales ou professionnelles. Toutefois, toutes les obligations morales ou professionnelles ne s'appuient pas sur des prescriptions juridiques.

On peut trouver de nombreux arguments en faveur de la reconnaissance d'une obligation morale de fournir des soins pendant une flambée de maladie transmissible, en particulier s'il s'agit d'une maladie ayant les proportions d'une pandémie. Les arguments pour reconnaître une telle obligation ont davantage de poids pour ce qui est du personnel soignant, tel que les médecins, les thérapeutes respiratoires et les infirmières, dont la formation spécialisée leur confère des compétences essentielles qui ne peuvent être assumées par d'autres personnes. Toutefois, même pour le personnel doté de compétences spécialisées, l'obligation morale de travailler pendant une pandémie de grippe n'est pas illimitée. Les avis quant à la portée des obligations morales d'un travailleur donné doivent tenir compte de facteurs tels que l'urgence des besoins auxquels cette personne peut répondre et la difficulté de la remplacer, les risques pour l'agent de santé et indirectement pour sa famille, l'existence d'obligations morales concurrentes, telles que les responsabilités de soins à la famille, et les obligations de soins vis-à-vis d'autres patients (actuels et futurs).

Parce qu'il est difficile d'établir des règles claires

sur la portée des obligations morales du personnel soignant, il convient de faire preuve de prudence en traduisant ces obligations en responsabilités juridiquement exécutoires. D'un point de vue éthique, les mécanismes exécutoires qui posent le moins de problèmes sont ceux qui ont été adoptés volontairement par les personnes concernées. Ainsi, il conviendrait que les gouvernements encouragent les organisations professionnelles à concevoir des politiques concernant les obligations de travailler des professionnels pendant les épidémies de maladies transmissibles. De même, les employeurs et le personnel soignant devraient revoir les obligations contractuelles existantes (telles que les contrats de travail) afin de s'assurer qu'elles contiennent des dispositions appropriées concernant les épidémies. Il faudrait que les pays promulguent des lois requérant du personnel soignant qu'il travaille pendant une urgence de santé publique uniquement s'ils arrivent à la conclusion que les obligations morales, professionnelles et contractuelles ne seront sans doute pas suffisantes.

Le fait que le personnel soignant assume au cours d'une pandémie de grippe un risque accru pour sa santé engendre réciproquement des obligations de la part des gouvernements et des employeurs à son égard. Les plans de préparation doivent garantir que des mécanismes permettant de satisfaire ces obligations réciproques sont en place (voir ci-dessous).

Établir la nature et la portée des obligations du personnel soignant

Les politiques définissant les obligations du personnel soignant doivent :

- être conçues par ceux qui seront directement affectés par ces politiques, ou en consultation avec eux, notamment par les organisations professionnelles, les syndicats, entre autres groupes pertinents ;
- englober les diverses professions de santé qui peuvent être exposées à un risque accru pendant une pandémie de grippe, y compris les praticiens non conventionnels (tels que les guérisseurs) qui participent au plan de lutte contre la pandémie ;
- juger s'il est approprié d'affecter le personnel soignant à des fonctions qui n'entrent pas normalement dans le cadre de ses responsabilités, notamment d'attribuer à des non-professionnels

l'exercice de tâches qui sont habituellement exécutées par des professionnels, ou de confier à des professionnels un travail dans des domaines pour lesquels ils ne sont ni agréés ni formés ;

- reconnaître que l'obligation de travailler malgré les risques pour sa propre santé n'est pas sans limites ;
- veiller à ce qu'il soit demandé au personnel soignant d'assumer les risques uniquement lorsque l'on peut raisonnablement penser que sa participation fera une différence dans les conséquences de la pandémie (par exemple en réduisant la morbidité et la mortalité, en soulageant les douleurs et les souffrances, en empêchant les infections nosocomiales, en limitant la propagation de la pandémie au niveau de la communauté) ;
- chercher à répartir les risques entre les individus et les catégories professionnelles de manière équitable, en tenant compte du fait que certaines catégories de personnel peuvent devoir être exposées à des risques plus grands compte tenu de la nature de leurs activités ;
- tenir compte des exceptions légitimes lorsqu'il s'agit de confier à des individus à la santé fragile des tâches risquées (par exemple aux personnes qui souffrent de déficiences immunitaires ou aux femmes enceintes) ;
- faire l'objet de discussions ouvertes et transparentes avant leur mise en œuvre.

Obligations réciproques des gouvernements et des employeurs

En contrepartie des risques accrus pour sa santé que le personnel soignant assume au cours d'une pandémie de grippe, les gouvernements et les employeurs ont à son égard certaines obligations. Ils doivent s'efforcer de **réduire au minimum ces risques pour le personnel soignant** dans toute la mesure possible en :

- veillant à ce que des systèmes appropriés de lutte contre les infections soient en place dans les hôpitaux et dans les autres centres de soins ;
- prévoyant des mesures préventives (par exemple prophylaxie, équipement de protection individuelle, protocoles de lutte contre les infections) pour le personnel soignant, conformes aux recommandations techniques et actualisées au fur et à mesure que de nouveaux éléments d'appréciation épidémiologique sont disponibles ;

- envisageant de donner au personnel soignant un accès prioritaire aux médicaments antiviraux et aux soins médicaux s'il contracte la grippe ;
- offrant au personnel soignant un accès aux soins et à un soutien dans le domaine psychosocial.

Ces méthodes visant à limiter les risques sont importantes pour protéger à la fois le personnel soignant et le public. Pour éviter une plus large propagation de l'infection, les travailleurs ont l'obligation éthique non seulement d'utiliser les mesures de protection qui leur sont offertes, mais aussi, lorsqu'ils sont infectés, de le faire savoir et d'accepter les mesures d'exclusion temporaire de leur travail jusqu'à ce qu'ils ne soient plus contagieux.

Les gouvernements, les organisations professionnelles et les employeurs du domaine de la santé doivent veiller à ce que le personnel soignant reçoive **une formation et des informations appropriées** sur :

- les risques associés aux soins donnés aux patients souffrant d'une maladie transmissible quelle qu'elle soit, y compris de la grippe pandémique ;
- les mesures qu'ils peuvent prendre pour se protéger eux-mêmes et protéger les autres, et les risques associés au non-respect de ces mesures ;
- les attentes concernant leur obligation de fournir des soins pendant une pandémie de grippe ou une autre flambée de maladie transmissible ;
- les éventuels avantages sociaux dont eux-mêmes ou leur famille peuvent bénéficier ;
- les conséquences juridiques ou autres du refus de travailler.

Les gouvernements doivent faire de leur mieux pour **mettre au point ou renforcer les systèmes de prestations** qui fourniront :

- des prestations médicales ou sociales en cas de maladie ou d'incapacité des travailleurs de la santé pendant une épidémie ;
- des prestations de décès aux membres de la famille du travailleur de la santé qui décéderait après avoir été exposé au virus de la grippe pandémique dans le cadre de son travail.

Encourager le respect de ses obligations par le personnel soignant

Les politiques énonçant les obligations du personnel soignant pendant une pandémie de maladie transmissible peuvent avoir une influence même si elles ne créent pas d'obligations juridiquement contraignantes. Quand de telles politiques sont mises au point dans le cadre d'un processus transparent, équitable et responsable, elles seront sans doute acceptées comme étant légitimes par ceux qu'elles concernent. En tant que telles, elles peuvent contribuer à créer un climat dans lequel le personnel se sent moralement responsable de continuer à travailler malgré un risque accru pour sa santé.

Les politiques qui vont au-delà des recommandations morales pour inclure des **sanctions pour non-respect** des obligations – qu'elles soient adoptées par les gouvernements, les organisations professionnelles ou individuellement par les employeurs – doivent être adaptées aussi étroitement que possible à la situation. Parce que des sanctions excessives pourraient constituer une atteinte aux droits de l'homme du personnel soignant, les pays doivent veiller à ce que les politiques prévoyant des sanctions soient conformes aux Principes de Syracuse (10) et aux autres normes relatives aux droits de l'homme applicables. En outre, de telles politiques doivent :

- être établies à l'avance par les autorités gouvernementales et/ou les organisations professionnelles, et largement diffusées auprès de ceux qui devront s'y soumettre ;
- tenir compte des évaluations quant au niveau de risque qu'il semble raisonnable pour le personnel soignant d'assumer en s'acquittant de ses obligations ;
- évaluer s'il est approprié d'imposer des sanctions si réciproquement les gouvernements et les employeurs ne se sont pas acquittés de leurs obligations ;
- prendre en compte la pertinence des facteurs relativisant les obligations du personnel soignant, telles que l'obligation concurrente de prendre soin de membres de leur famille malades ou d'autres personnes, lorsqu'il s'agit d'imposer des sanctions ;
- veiller à ce qu'un traitement équitable soit garanti avant l'imposition de sanctions ;

- prévoir une possibilité de recours pour le personnel soignant qui a été sanctionné, soit pendant la période de pandémie soit après celle-ci.

Les réflexions présentées dans ce chapitre s'adressent spécifiquement au personnel soignant. Afin de réduire au minimum les perturbations sociales qu'une pandémie de grippe peut entraîner, les pays souhaiteront peut-être aussi étudier la pertinence

de telles mesures pour les personnes ne travaillant pas dans le secteur de la santé mais fournissant des services essentiels. Il s'agit notamment du personnel des services publics, des travailleurs des usines qui fournissent des articles (médicaux) indispensables et des principaux responsables de la prise de décisions administratives.

ENCADRÉ 5

Travailleurs de la santé – le plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe dans le secteur de la santé (14)

Plutôt que de s'attacher exclusivement aux obligations des travailleurs de la santé, le plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe dans le secteur de la santé formule des recommandations sur la manière d'atténuer la pénurie escomptée de travailleurs de la santé au cours d'une pandémie de grippe. Le plan recommande la mise en place d'une équipe de gestion des ressources humaines qui sera chargée de planifier et de mettre en œuvre la gestion des travailleurs pendant une pandémie. Parmi les considérations pertinentes dans ce cadre figurent les responsabilités élargies, les nouvelles responsabilités ou responsabilités différentes que les travailleurs de la santé peuvent être tenus d'assumer, le recrutement de professionnels supplémentaires pour lutter contre la pandémie (par exemple des médecins à la retraite, des stagiaires, des thérapeutes, des techniciens, etc.) et la formation de perfectionnement ou de recyclage qui sera fournie aux travailleurs de la santé et au personnel éventuellement recruté et sera axée sur les plans de lutte contre la pandémie, le changement de rôles et de responsabilités, l'encadrement des bénévoles, la gestion de crise et la planification d'urgence.

Le plan souligne également les obligations vis-à-vis des travailleurs de la santé. Une assurance responsabilité doit être fournie aux travailleurs et aux bénévoles qui peuvent être tenus d'effectuer des tâches n'entrant pas dans le cadre de leur autorisation d'exercer ou de toute autre autorisation. En outre, les travailleurs de la santé doivent être considérés comme hautement prioritaires pour la vaccination pendant une pandémie du fait qu'ils jouent un rôle essentiel dans la lutte contre celle-ci. Les travailleurs de la santé doivent aussi bénéficier d'un soutien personnel et sociopsychologique, de services de soutien à la famille et de la protection de l'emploi.

Le plan canadien reconnaît qu'en vertu d'une législation d'urgence, les gouvernements provinciaux et fédéraux peuvent avoir autorité pour désigner les travailleurs « des services essentiels » lorsqu'une urgence a été déclarée et réquisitionner ces travailleurs moyennant indemnisation. Toutefois, le plan souligne également que la réquisition des travailleurs ne doit être utilisée qu'en dernier recours et uniquement lorsque toutes les autres méthodes de recherche de travailleurs de la santé en nombre suffisant pour répondre à la pandémie ont été examinées. En outre, le plan indique qu'un état d'urgence ne sera pas forcément déclaré et que, par conséquent, une planification à l'échelle du système (par opposition à une planification à l'échelle des établissements) doit être entreprise afin d'atténuer la pénurie de travailleurs de la santé.

6

Mise au point d'une action multilatérale pour faire face à une flambée de grippe pandémique

Il existe plusieurs raisons justifiant que les responsables politiques incorporent des considérations internationales dans la planification de la préparation à la grippe pandémique. En premier lieu, le principe éthique de solidarité (voir glossaire) veut que les pays répondent de manière collective lorsque des menaces naturelles pour la santé sont identifiées. En deuxième lieu, les pays ont l'obligation de se prêter assistance en vertu des traités internationaux, y compris des traités relatifs aux droits de l'homme ; bon nombre de ces obligations sont énoncées et détaillées dans le RSI (2005) (12). En dernier lieu, une pandémie de grippe constitue de manière intrinsèque une crise mondiale ; l'absence de réaction face à la menace pandémique dans un pays fait courir un risque accru à tous les autres. Il est par conséquent dans l'intérêt de chaque pays de contribuer aux efforts internationaux visant à prévenir une pandémie de grippe et à réagir face à celle-ci.

Cependant, s'il est une chose de s'accorder sur le principe que les pays doivent s'aider les uns les autres avant et pendant une pandémie de grippe, il en est une autre de mettre au point les détails de cette coopération dans les faits. Parce que les ressources seront limitées, les pays seront probablement confrontés à des choix difficiles entre la nécessité de protéger leur propre population et celle de soutenir les efforts internationaux. Une planification anticipée au niveau international peut aider les pays à préciser ce qu'ils attendent les uns des autres pendant chaque période (interpandémique, d'alerte à la pandémie, de pandémie et post-pandémique). En outre, la coopération internationale permettra sans doute d'accroître l'efficacité des plans de préparation nationaux.

Importance de la coopération internationale

Du fait de l'incidence mondiale d'une pandémie de grippe, la coopération internationale et régionale et la coordination pour l'élaboration et la mise en oeuvre des plans de préparation à la pandémie seront indispensables pour agir de manière efficace, en particulier dans les pays aux frontières communes (voir l'exemple présenté dans l'Encadré 6). En outre, la coopération contribuera à la solidité des plans d'un point de vue technique et éthique, à leur légitimité, et garantira leur transparence. Les efforts internationaux doivent comprendre des mécanismes pour :

- promouvoir une coopération transfrontières pour la surveillance et l'échange d'informations quelle que soit la période : période interpandémique, période d'alerte à la pandémie, période de pandémie et période post-pandémique ;
- faciliter la participation des pays avec l'OMS aux efforts conjoints d'endiguement rapide (15) afin de stopper, ou au moins de ralentir, la propagation de la grippe pandémique venant de se déclarer ;
- éviter les disparités dans les soins de part et d'autre des frontières ;
- encourager le partage, de manière précise et régulière, des données scientifiques ;
- promouvoir l'évaluation internationale ou l'examen par les pairs des plans de préparation nationaux à la pandémie de grippe moyennant un processus public et transparent, qui tienne compte de la disponibilité des ressources ;
- promouvoir les principes de traitement équitable, d'équité et de justice mondiale.

ENCADRÉ 6

Questions internationales – Le plan belge en cas de pandémie grippale (17)

Le plan belge en cas de pandémie grippale préconise une action coordonnée au niveau européen face à la pandémie de grippe. Cette action coordonnée pourrait prévenir le risque du « shopping » médical lorsque les personnes traversent les frontières pour avoir accès à des traitements ou à des vaccinations qui ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine.

Le plan national identifie les divergences éventuelles dans les réactions des pays dans le domaine de la fourniture du matériel de protection et des mesures thérapeutiques et prophylactiques, ainsi que dans le domaine des soins hospitaliers, des communications et du commerce, et propose des solutions en vue d'une réponse coordonnée. Celle-ci pourrait aussi empêcher la réquisition des travailleurs de la santé exerçant en dehors de leur pays d'origine, une perspective qui pourrait laisser certains pays face à une pénurie encore plus grave de travailleurs de la santé.

Le plan prévoit que la Belgique traitera de manière égale les étrangers qui sont en Belgique, quel que soit leur statut juridique dans le pays. De même, les citoyens étrangers seront soumis aux mêmes mesures de santé publique que celles appliquées aux citoyens belges. Les auteurs fondent cette politique sur des considérations d'équité mais aussi sur la nécessité de protéger les citoyens belges contre le risque d'infection lié à la présence sur le territoire de personnes qui ne pourraient pas être prises en charge. La Belgique encourage les autres pays d'Europe à adopter une approche similaire s'agissant des ressortissants étrangers vivant sur leur territoire.

Partage des échantillons et promotion d'un accès équitable aux interventions pharmaceutiques

Une large coopération internationale pour **la mise au point et la diffusion des vaccins et des traitements** est dans l'intérêt de tous les pays puisqu'il s'agit là du meilleur moyen de réduire au minimum l'incidence mondiale d'une pandémie de grippe (16). Conformément au principe de réciprocité, chaque pays doit faire ce qui est en son pouvoir pour contribuer à cet effort, étant entendu qu'il pourra attendre en retour la même chose du reste de la communauté internationale. Par conséquent, les pays doivent :

- continuer à soutenir, renforcer et améliorer le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe et ses procédures moyennant un partage régulier des virus ou des échantillons avec les centres collaborateurs de l'OMS ;
- participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de cadres et de mécanismes qui visent à assurer un partage juste et équitable des résultats positifs, pour soutenir la santé publique, dans l'ensemble des pays, en tenant compte en particulier des besoins spécifiques des pays en développement.

Assistance aux pays en ayant besoin

Il conviendrait que les responsables politiques aux niveaux national et international établissent et mettent à l'essai des mécanismes afin de **fournir une assistance coordonnée aux pays qui en ont besoin**. Ces mécanismes doivent :

- répondre aux besoins d'assistance financière et technique (par exemple collaboration pour les diagnostics en laboratoire) ;
- intégrer des critères justes et objectifs pour la fourniture d'une assistance ;
- s'appliquer aux pays qui en ont besoin, à la fois pendant une pandémie grippale et après celle-ci ;
- faciliter des évaluations rapides et une prise de décision en temps voulu ;
- envisager les contributions potentielles à la fois d'acteurs gouvernementaux et d'acteurs non gouvernementaux ;
- veiller à ce que l'aide soit fournie d'une manière qui soit techniquement satisfaisante, qui respecte la situation locale d'un point de vue social et culturel, et soit conforme aux plans nationaux de préparation à la pandémie de grippe ;
- veiller à ce que, dans la mesure du possible, l'aide internationale soit fournie après discussion et accord avec le pays hôte ou, lorsque cela n'est pas possible, avec les organisations internationales telles que l'OMS.

Considérations concernant les pays recevant une assistance

Les pays qui reçoivent une assistance financière et/ou technique ont le devoir d'utiliser cette assistance de manière appropriée en :

- veillant à ce que les ressources soient attribuées en fonction des besoins plutôt qu'en fonction de considérations politiques ;
- fournissant gratuitement les médicaments et les vaccins contre la grippe pandémique qui leur ont été donnés afin de promouvoir un accès équitable ;
- transmettant les dons qui ne leur sont pas nécessaires à d'autres pays qui peuvent les utiliser.

Prêter attention aux besoins de toutes les populations, quel que soit leur statut juridique dans les pays

Le suivi international et national doit accorder une attention particulière aux **besoins de toutes les populations**, quel que soit leur statut juridique, en particulier pour ce qui est de l'accès aux soins. Les populations concernées sont notamment, mais pas seulement :

- les personnes déplacées
- les réfugiés
- les demandeurs d'asile
- les migrants
- les voyageurs.

Politiques de communication

Le Règlement sanitaire international (2005) est un règlement juridique contraignant adopté par la plupart des pays pour endiguer la menace face à des maladies qui peuvent se propager rapidement d'un pays à l'autre. En vertu du RSI (2005),

les Etats Parties au Règlement sont tenus de notifier à l'OMS tous les événements « qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale ». Cette obligation de notification, élargie depuis le RSI (1969) (18), inclut les risques nouveaux pour la santé publique, ou les risques en évolution – en tenant compte du contexte dans lequel se produit l'événement –, et notamment la grippe humaine causée par un nouveau sous-type de virus. Les notifications doivent avoir lieu dans un délai de 24 heures après l'évaluation par le pays au moyen de l'instrument de décision fourni à l'annexe 2 du RSI (2005). Les notifications doivent être suivies par une communication régulière des informations de santé publique détaillées concernant l'événement, y compris, si possible, la définition des cas, les résultats de laboratoire, la source et le type de risque, le nombre des cas et des décès, les facteurs influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires utilisées.

Outre la notification internationale, afin de favoriser la compréhension et le soutien du public pour une collaboration internationale afin de faire face à la pandémie, les gouvernements doivent établir des **politiques de communication cohérentes et transparentes** (4) qui :

- encouragent la collaboration entre les pays, en particulier au niveau régional ;
- expliquent l'importance d'une coopération internationale pour réduire au minimum les effets néfastes d'une pandémie de grippe sur le plan sanitaire, social, industriel et économique et ses répercussions ;
- présentent clairement la manière dont ces efforts internationaux reposent sur l'éthique et les droits de l'homme.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. *Grippe aviaire : évaluation du risque de pandémie*. Genève, 2005 (WHO/CDS/2005.29) (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/H5N1-4new.pdf>, consulté le 24 août 2009).
2. University of Toronto Joint Centre for Bioethics. *Pandemic influenza and ethics – Stand on guard for thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*, 2005 (http://www.joint-centreforbioethics.ca/publications/documents/stand_on_guard.pdf, consulté le 24 août 2009).
3. *Ethical values for planning for and responding to a pandemic in New Zealand – a statement for discussion*. National Ethics Advisory Committee, Nouvelle-Zélande, 2006 (<http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/neac-resources-publications-pandemic>, consulté le 24 août 2009).
4. Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices de l’OMS sur la communication lors des flambées de maladies*. Genève, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28fr.pdf, consulté le 24 août 2009).
5. Organisation mondiale de la Santé. *Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe. Le rôle de l’OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l’échelon national avant et pendant une pandémie*. Genève, 2005. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5
Document remplacé par :
Organisation mondiale de la Santé. *Préparation et action en cas de grippe pandémique*. Genève, 2009. (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance09FR.pdf>, consulté le 24 août 2009)
6. Organisation mondiale de la Santé. *Liste de contrôle OMS pour la planification préalable à une pandémie de grippe*. Genève, 2005 (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4) (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluCheck_F4web.pdf, consulté le 24 août 2009).
7. *Plan suisse de pandémie Influenza*, Office fédéral de la Santé publique (OFSP), édition originale 2006, actualisée en 2009 (<http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=fr>, consulté le 24 août 2009).
8. Ministry of Health. *New Zealand influenza pandemic action plan*. Wellington, Ministère de la Santé, 2006 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-influenza-pandemic-action-plan-2006>, consulté le 24 août 2009).
9. Emanuel EJ, Wertheimer A. Public health. Who should get influenza vaccine when not all can? *Science*, 2006, 312:854–855 (<http://www.sciencemag.org/cgi/reprint/312/5775/854%20.pdf>, consulté le 24 août 2009).
10. *Citizen voices on pandemic flu choices*. A report of the public engagement pilot project on pandemic influenza, 2005 (<http://www.hhs.gov/nvpo/PEPPPI/PEPPPICompleteFinalReport.pdf>, consulté le 24 août 2009).

11. Conseil économique et social des Nations Unies. *Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations*. Annexe, 1985. UN Doc. E/CN.4/1985/4.
12. Résolution WHA58.3 : Révision du Règlement sanitaire international. Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, 2005 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf, consulté le 24 août 2009).
13. Blendon RJ et al. Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries. *Health Affairs*, 2006, 25(2):w15–25.
14. *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Annexe H : Lignes directrices sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé durant une pandémie d'influenza, 2006*. Coordonné par Santé Canada et l'Agence de Santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/ann-h-fra.php>, consulté le 24 août 2009).
15. *WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/draftprotocol/, consulté le 24 août 2009).
16. Organisation mondiale de la Santé. *Echange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages : groupe de travail interdisciplinaire sur la préparation en cas de grippe pandémique*. Rapport du Directeur général, 9 octobre 2007. A/PIP/IGM/4 (http://www.who.int/gb/pip/pdf_files/PIP_IGM_4-fr.pdf, consulté le 24 août 2009).
17. *Plan belge d'urgence pour une pandémie de grippe. Partie 2 : Plan opérationnel*. Comité de coordination interministériel Influenza, 2006. Chapitre 1, pp. 1–9, et annexe : Problèmes frontaliers en cas de pandémie grippale (http://www.influenza.be/fr/operationeel_plan_fr.asp, consulté le 24 août 2009).
18. Organisation mondiale de la Santé. *Qu'est-ce que le Règlement sanitaire international ?* Genève (le RSI (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007) (<http://www.who.int/features/qa/39/fr/index.html>, consulté le 24 août 2009).

ANNEXE

Bibliographie complémentaire et liens

Sources d'information de l'OMS

Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning. Quatre documents de travail. Genève, Organisation mondiale de la Santé, à paraître. Seront disponibles à l'adresse suivante : http://www.who.int/ethics/influenza_project/en/index.html, consulté le 24 août 2009.

Global consultation on addressing ethical issues in pandemic influenza planning Summary of discussions, 24–25 October 2006, Geneva, Switzerland. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (WHO/CDS/EPR/GIP/2007.1) (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2007_1 consulté le 24 août 2009).

WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/CDS/CSR/RMD/2004.9) (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/consultation/en/, consulté le 24 août 2009).

WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/CDS/CSR/RMD/2004.8) (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/, consulté le 24 août 2009).

Grippe aviaire : principes directeurs, recommandations et descriptions, liste complète dans l'ordre chronologique à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelinstopics/en/index.html, consulté le 24 août 2009

Page Web de l'OMS sur la grippe (en anglais) : <http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/index.html>, consulté le 24 août 2009.

Page Web de l'OMS sur le Règlement sanitaire international (2005) : <http://www.who.int/csr/ihr/fr/index.html>, consulté le 24 août 2009.

A l'adresse ci-après figurent les liens d'accès à certains plans nationaux de lutte contre une pandémie de grippe qui ont été publiés : <http://www.who.int/csr/disease/influenza/nationalpandemic/en/index.html>, consulté le 24 août 2009.

Autres ressources essentielles

New Zealand National Ethics Advisory Committee (Comité national consultatif d'Éthique de Nouvelle-Zélande)

Getting through together: ethical values for a pandemic. Le Comité national consultatif d'Éthique – Kahui Matatika o te Motu (NEAC) – a achevé ses travaux sur les valeurs éthiques en vue d'une pandémie. *Getting through together* met l'accent sur l'utilisation des valeurs communes pour aider les populations à prendre soin d'elles-mêmes, de leurs familles élargies (whanau) et de leurs voisins, et pour prendre des décisions dans des situations où la demande est écrasante. *Getting through together* formule aussi des recommandations sur certaines questions clés relatives à l'éthique en cas de pandémie (<http://www.neac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/neac-resources-publications-pandemic>, consulté le 24 août 2009).

Ministère de la Santé du Royaume-Uni

The ethical framework for the response to pandemic influenza (Le cadre éthique pour agir face à une pandémie de grippe). Ce cadre éthique est conçu pour apporter une aide aux responsables de la planification et de l'adoption des stratégies politiques sur les aspects éthiques des décisions auxquelles ils sont confrontés, pendant et après une pandémie de grippe. Il peut aussi aider les cliniciens et les autres professionnels des services sanitaires et sociaux à prendre les décisions voulues dans le même contexte (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073179, consulté le 24 août 2009).

Centers for Disease Control and Prevention – CDC (Centres de lutte contre la maladie) Etats-Unis

Ethical guidelines in pandemic influenza (Recommandations éthiques dans le cadre d'une grippe pandémique). Dans le cadre de leur planification en vue d'une éventuelle flambée de grippe pandémique, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont travaillé avec le Sous-Comité d'éthique du Comité consultatif auprès du Directeur des CDC afin d'identifier les considérations éthiques pertinentes en vue de la prise de décisions de santé publique pour la préparation à une grippe pandémique et l'action face à celle-ci (http://www.cdc.gov/od/science/phethics/panFlu_Ethic_Guidelines.pdf, consulté le 24 août 2009).

Documents de la réunion de Bellagio

Avec le soutien de la Fondation Rockefeller, un groupe international d'experts s'est réuni à Bellagio, en Italie, du 24 au 28 juillet 2006, pour étudier les questions de justice sociale face à la menace d'une grippe pandémique aviaire et humaine, en mettant en particulier l'accent sur les besoins et les intérêts des populations mondiales défavorisées (<http://www.bioethicsinstitute.org/web/page/905/sectionid/377/pagelevel/3/interior.asp>, consulté le 24 août 2009).

Plate-forme veille et réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

Ce site est une initiative de l'Espace éthique et de l'Université Paris-Sud 11 consacrée aux aspects éthiques d'une éventuelle grippe pandémique (<http://www.espace-ethique.org/fr/grippe.php>, consulté le 24 août 2009).

Provincial Health Ethics Network (Réseau provincial d'éthique en matière sanitaire)

Le *Provincial Health Ethics Network* (PHEN) est une organisation apolitique à but non lucratif qui fournit des informations aux populations de l'Alberta, au Canada, afin de promouvoir une analyse systématique et réfléchie des questions d'éthique dans le système de santé (<http://www.phen.ab.ca/pandemicplanning/> consulté le 24 août 2009).

Comité d'éthique de santé publique, CESP (Quebec Public Health Ethics Committee)

Avis du Comité d'éthique sur le volet santé publique du plan québécois de lutte contre une grippe pandémique ([http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/ethiqSP.nsf/22f2ea9b71e5846d85256d0a00761591/35570c61afcd975685256ead00636ccc/\\$FILE/AVIS_PQLPI-MS_vf.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/ethiqSP.nsf/22f2ea9b71e5846d85256d0a00761591/35570c61afcd975685256ead00636ccc/$FILE/AVIS_PQLPI-MS_vf.pdf), consulté le 24 août 2009).

