

*Avis n° 48 du 30 mars 2009 relatif au plan  
opérationnel belge « pandémie influenza »*

**Demande d'avis du 20 mars 2008,  
de Madame L. Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
relatif au plan opérationnel « pandémie influenza »**

# CONTENU DE L'AVIS

*Demande d'avis*

## I. Introduction

## II. Le plan belge d'urgence

## III. Le cadre juridique

### **1. Règles de droit international**

### **2. Législation belge fédérale**

*2.a. Droits des patients*

*2.b. La réquisition*

*2.c. Les mesures de quarantaine*

*2.d. L'évacuation et l'interdiction de déplacement*

### **3. Réglementation des Communautés**

*3.a. Réglementation de la Communauté flamande*

*3.b. Réglementation de la Communauté française*

*3.c. Réglementation de la Région de Bruxelles-Capitale*

*3.d. Réglementation de la Communauté germanophone*

### **4. Règles déontologiques**

### **5. De lege ferenda: la loi-cadre Influenza**

### **6. Conclusion**

## IV. Considérations éthiques

### **1. Ethique de la santé publique**

### **2. Solidarité**

*2.a. La collaboration de la population civile*

*2.b. La coopération des métiers de santé*

### **3. La disponibilité des moyens et du personnel**

*3.a. La disponibilité des lits d'hôpitaux et leur encadrement*

*3.b. La disponibilité de respirateurs et leur gestion*

*3.c. La disponibilité des masques*

*3.c.1. Les masques chirurgicaux*

*3.c.2. Les masques respiratoires*

*3.d. La disponibilité des médicaments antiviraux*

### **4. Les choix dans l'emploi des moyens**

*4.a. Priorisation et dépriorisation, en principe*

*4.b. Priorisation*

*4.b.1 Priorisation de certaines catégories professionnelles*

*4.b.2. Priorisation pour la vaccination à l'aide du vaccin pandémique*

*4.c. Dépriorisation*

*4.d. Le projet « Éthique et Pandémie au Minnesota »*

### **5. Solidarité intra- et internationale**

## V. Conclusions et recommandations

## **Demande d'avis**

Le 20 mars 2008, Mme Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la santé, a adressé la demande d'avis suivante au Comité consultatif de Bioéthique (notre traduction):

*« Depuis la fin 2005, les autorités belges ont investi dans la mise au point d'un plan opérationnel pour la gestion d'une pandémie de grippe dans notre pays. Ce plan opérationnel a été élaboré au sein du Commissariat interministériel Influenza (CII), avec une équipe composée de collaborateurs du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), de l'Institut scientifique de santé publique (ISP), de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA), de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et des services des Régions et des Communautés. Pour parer à une éventuelle pandémie, notre pays s'attache à actualiser ce plan de lutte en permanence, conformément aux recommandations scientifiques y afférentes, et veille notamment à constituer un stock de médicaments antiviraux, de masques et de vaccins.*

*Conformément aux articles 1<sup>er</sup> et 8 de l'Accord de coopération du 15 janvier 1993 portant création d'un Comité consultatif de Bioéthique, je me permets dès lors de demander un avis concernant un certain nombre de problèmes éthiques pertinents pour le Commissariat interministériel Influenza.*

*Tous ces problèmes éthiques sont liés à la grande incertitude entourant ce à quoi nous devons nous attendre en cas de pandémie. Une pandémie sera due à un virus encore inconnu à cette heure, de sorte qu'il est impossible de se représenter le déroulement exact. Dans le cadre de nos préparatifs, nous nous appuyons donc sur deux scénarios : l'un, plus grave, fait référence aux observations effectuées pendant la pandémie de 1918, l'autre est moins alarmant. Il est toutefois certain que, lors d'une pandémie, la demande de soins est nettement plus importante que d'ordinaire. Il sera en outre plus difficile de dispenser ces soins comme il se doit, puisque le personnel médical sera lui aussi touché par la pandémie. Je m'interroge dès lors sur les priorités qui doivent, le cas échéant, être définies – notamment en ce qui concerne les médicaments antiviraux, les vaccins et l'accès aux soins de santé.*

*1. L'État belge a acheté les médicaments antiviraux nécessaires pour constituer un stock stratégique au niveau national. Ces médicaments antiviraux peuvent aussi bien être administrés à titre préventif que pour traiter des patients présentant des symptômes. Le stock national doit permettre de traiter tous les malades, dans le cadre d'un scénario où 30 % de la population seraient malades. La difficulté d'anticiper une pandémie entraîne cependant divers problèmes. Ni son ampleur, ni le moment auquel elle surviendra ne peuvent être définis à l'avance. Voilà pourquoi il est également difficile de déterminer si notre stock stratégique sera suffisant pour pouvoir traiter toutes les personnes présentant des symptômes de la grippe à l'aide des médicaments antiviraux. Par conséquent, il faut aussi partir du principe que nous serons peut-être amenés à devoir faire des choix et à définir certaines priorités par rapport à certains groupes.*

2. En ce qui concerne les vaccins (pré)pandémiques, le Commissariat interministériel Influenza applique la stratégie décrite ci-après. La quantité de vaccins pré-pandémiques achetés sera suffisante pour administrer une première dose à l'ensemble de la population belge et l'on passera déjà commande pour recevoir au plus vite une deuxième dose de vaccin pandémique<sup>1</sup> pour toute la population. Vu l'incertitude qui entoure le timing et l'ampleur de la dotation livrée du vaccin pandémique, le problème des priorités pourrait également se poser sur le plan éthique. Quel groupe de personnes pourrait en effet avoir droit en premier lieu à la vaccination si nous étions confrontés à des problèmes de livraison ?

3. Un problème identique se pose en matière d'accès aux soins de santé. Comme le reste de la population, le groupe des professionnels des soins de santé sera lui aussi touché par la pandémie. L'absentéisme risque d'être très élevé, éventuellement sur une longue période. Ce qui risque de compromettre la continuité des soins de santé de première et deuxième lignes. Par ailleurs, la capacité des hôpitaux belges n'est pas illimitée, tant en termes de nombre de lits que de respirateurs et de personnel. Comme pour les vaccins et les médicaments antiviraux, il sera sans doute nécessaire de définir certaines priorités. ».

La réunion plénière du Comité du 26 mai 2008 a déclaré la demande d'avis recevable et l'a renvoyée à la commission restreinte 2008-2.

## I. Introduction

La grippe espagnole de 1918 a fait quelque 40 millions de morts à travers le monde. Il s'agissait d'un virus muté de la grippe aviaire qui s'est transmis à l'homme. La grippe asiatique de 1957 et la grippe de Hong Kong de 1968 ont eu des conséquences moins dramatiques. Elles résultaient de la recombinaison de virus de la grippe aviaire et humaine. Selon le site belge [www.influenza.be](http://www.influenza.be), une pandémie de grippe mortelle survient environ tous les 40 ans. La dernière, appelée « la grippe russe », date de 1977 et a fait un million de morts à travers le monde. Il s'agissait d'une réapparition du virus H1N1 de la grippe espagnole. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle pour sa part de trois pandémies par siècle, séparées par des intervalles de 10 à 50 ans.

Depuis la fin de l'année 2003, plusieurs foyers de grippe aviaire ont été observés, d'abord en Asie, puis en Afrique et en Europe. Le virus est de type A/H5N1. À ce jour, ce sont essentiellement des personnes ayant été en contact avec des oiseaux malades qui ont été contaminées. Les cas de contamination d'homme à homme sont restés exceptionnels et ont uniquement touché des individus qui vivaient dans une grande promiscuité. Le 19 janvier 2009 nous comptons au niveau mondial 397 personnes contaminées, dont 249 en sont décédées d'après les sources de l'OMS. Les pays atteints ont décidé d'abattre ou non toute la volaille qui se trouvait au sein ou aux alentours d'entreprises ou de fermes avicoles où la grippe aviaire était constatée.

---

<sup>1</sup> Ici, on vise vraisemblablement le vaccin pré-pandémique.

L'OMS redoute une mutation du virus de la grippe aviaire ou une recombinaison de ce dernier avec un virus de grippe humaine, qui permettrait aussi la transmission interhumaine du virus. Elle a annoncé que nous nous trouvons actuellement en phase 3, ce qui correspond à une phase d'alerte pandémique : tous les pays sont dès lors encouragés à se préparer à une éventuelle pandémie. L'OMS distingue six phases différentes. Pendant la phase 4, des contaminations de personne à personne surviennent, mais la propagation reste très localisée, ce qui indiquerait que le virus ne s'est pas encore bien adapté à l'être humain. Pendant la phase 5, la maladie reste localisée, mais le nombre de personnes atteintes est plus élevé. Pendant ces deux phases, des mesures seront prises en Belgique afin que les personnes contaminées soient directement prises en charge et ne puissent pas propager le virus. Des accords à cet égard ont été conclus avec tous les aéroports. La phase 6 est la phase pandémique. A ce stade, la propagation s'est intensifiée et affecte la population à l'échelle mondiale.

## **II. Le plan belge d'urgence**

Fin 2005 et début 2006, la Belgique a élaboré un plan d'urgence (plan opérationnel) pour une pandémie de grippe. Le plan a été élaboré par le Commissariat interministériel Influenza (C.I.I.), avec l'aide de collaborateurs du Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement<sup>2</sup>, de l'Institut scientifique de la santé publique et de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA). Le Service public fédéral Intérieur, le Service public fédéral Affaires étrangères, commerce extérieur et coopération au développement, le ministère de la Communauté flamande, le ministère de la Communauté française, le ministère de la Communauté germanophone, le ministère de la Région wallonne et le ministère de la Région de Bruxelles-Capitale ont également été impliqués.

Le plan opérationnel spécifie clairement la nature et le rôle des responsabilités de chaque acteur du plan, tant en ce qui concerne la communication destinée aux citoyens et aux prestataires de soins que le suivi des patients contaminés et des personnes ayant été en contact avec ces derniers. Un Comité de coordination interministériel Influenza a été mis sur pied : composé de représentants des Communautés et des Régions, il est soutenu par des fonctionnaires du SPF Santé publique et peut faire appel aux cellules de crise départementales prévues à l'art. 5 de l'annexe à l'AR du 31 janvier 2003 relatif aux plans d'urgence, qui exigent une coordination à l'échelon national. Un comité de pilotage Influenza est également prévu, de même qu'un Comité scientifique Influenza, qui collabore avec le Conseil supérieur de la santé et le Comité scientifique du SPF Santé publique.

Si une pandémie éclate et s'il faut passer à la configuration de crise, une coordination centrale sera mise en place avec une cellule de gestion présidée par le ministre de l'Intérieur, une cellule d'évaluation présidée par le directeur général du SPF Santé publique, une cellule d'information présidée par le responsable en communication du ministre de la Santé publique et une cellule EcoSoc, qui évalue les conséquences socio-économiques de la pandémie. Les décisions de la

---

<sup>2</sup> Dans le texte désigné comme SPF Santé publique.

cellule de gestion qui nécessitent des actions au niveau local sont transmises par la cellule d'évaluation aux centres de crise provinciaux (voir AR du 31 janvier 2003). Une collaboration internationale et, surtout, européenne est prévue.

Les groupes professionnels qui constituent les services de soins de première ligne peuvent trouver dans un manuel disponible sur Internet ce que l'on attend d'eux pendant les différentes phases de l'OMS et comment ils peuvent se protéger. Un centre d'appel est également créé et la cellule de gestion comme les cellules provinciales communiquent leurs instructions via ces canaux.

Pendant la pandémie, des points de contact locaux « soins de santé » sont créés dans toutes les villes et communes, sous la responsabilité du bourgmestre. Les patients susceptibles d'être atteints par la grippe peuvent s'y présenter ; outre cette fonction de consultation, les centres tiennent à jour une base de données et répondent aux demandes d'information. Ils coordonnent également les soins à domicile dispensés aux patients, en collaboration avec les plateformes de soins à domicile et les volontaires. La coordination des points de contact locaux « soins de santé » incombe aux gouverneurs de province, qui transmettent à leur tour les données dont ils disposent à la cellule de crise nationale du Centre gouvernemental de coordination de crise. La population est informée de l'état de la situation par tous les canaux possibles (radio, télévision, journaux, etc.) et l'on attend d'elle qu'elle suive les instructions requises pour empêcher au mieux la propagation du virus. Si nécessaire, certains lieux de grands rassemblements seront fermés. Certaines manifestations de masse, des concerts, des réunions sportives, entre autres, pourront être annulées.

Dans le scénario du plan pandémie dans les hôpitaux belges, l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles est désigné comme le premier hôpital de référence, c'est-à-dire l'établissement où les premiers cas suspects doivent être pris en charge. Chaque autre hôpital devrait désigner un coordinateur pandémie chargé de régler la prise en charge des patients atteints par la grippe, avec la collaboration du médecin chef et de la direction. Les gouverneurs de province reçoivent un relevé de la capacité en lits des différents hôpitaux de leur province et transmettent ces informations aux points de contact locaux « soins de santé ». Les hôpitaux aménagent des lieux d'accueil séparés (salles d'attente, services d'urgence et lits d'hôpitaux) pour prendre en charge les patients soupçonnés d'avoir contracté la grippe. Les interventions non urgentes sont refusées afin que le personnel médical et paramédical reste disponible pour les patients touchés par la grippe.

Les patients ne peuvent s'adresser aux hôpitaux que s'ils y sont envoyés par leur médecin traitant. Les soins s'effectuent dans la mesure du possible à domicile. Le médecin traitant ou le médecin du point de contact local « soins de santé » fournit aux patients des médicaments antiviraux et des masques chirurgicaux (voir à ce sujet chap. IV, point 3.c.1.), en leur demandant d'éviter les déplacements, de porter un masque chirurgical lorsqu'ils sont en contact avec les personnes vivant sous le même toit qu'eux et ce, pendant les 7 jours suivant l'apparition des symptômes. Le virus serait transmissible pendant 7 jours, mais est déjà actif le jour qui précède celui de l'apparition des symptômes. Chaque fois qu'un cas de grippe aviaire est constaté, les personnes qui ont été en contact avec le patient sont recherchées.

Une réglementation complète a été élaborée concernant la prise en charge des Belges séjournant à l'étranger pendant la pandémie et il est expressément prévu que toutes les personnes étrangères qui se trouvent sur le territoire belge, quelque soit leur statut (légal ou illégal) bénéficient du même traitement que les Belges. Dans le plan d'urgence, il est mentionné que des entretiens sont en cours avec les pays voisins (les Pays Bas, l'Allemagne, la France et le Grand Duché de Luxembourg) pour éviter le shopping médical, ainsi que la réquisition de prestataires de soins ayant élu domicile dans un pays mais exerçant dans un autre.

Un vaccin pandémique spécifique ne sera disponible que 4 à 6 mois après l'apparition du nouveau virus. Actuellement, rien ne permet d'affirmer avec certitude qu'il sera possible de fabriquer le vaccin pour les 6 milliards de personnes de la planète, au contraire. À ce niveau également, le risque est grand que certains groupes de population – voire des continents – restent sur la touche.

Dans l'intervalle, un vaccin prépandémique a fait déjà l'objet de recherches en vue d'assurer un effet protecteur – fut-il partiel – et réduire ainsi le nombre de malades. La valeur protectrice de ce vaccin reste difficile à évaluer. L'Agence européenne des médicaments a donné le feu vert pour l'introduction du « vaccin grippal prépandémique (H5N1) (virion fragmenté, inactivé, avec adjuvant) GlaxoSmithKlineBiologicals » en mai 2008. Ce vaccin est identique au Prepandrix® déjà approuvé par l'Union européenne et également mis au point par GlaxoSmithKline, avec des souches humaines inactivées du virus de la grippe (A et B) et une souche vietnamienne inactivée H5N1. Deux injections sont nécessaires, à trois semaines d'intervalle, pour obtenir une immunité suffisante.

Un des experts entendus par la commission confirma qu'une vaccination générale de la population belge avec le vaccin prépandémique est prévue, comme spécifié dans la lettre adressée par la ministre au Comité consultatif. Comme ce vaccin n'offre qu'une protection de courte durée, il ne sera administré qu'à partir du moment où la propagation pandémique du virus semble probable, c'est-à-dire à partir de la phase 5.

Dans le plan d'urgence une vaccination généralisée contre les pneumocoques est conseillée et particulièrement recommandée chez les enfants jusque l'âge de 5 ans afin de diminuer le portage. Une infection par pneumocoques est en effet la complication bactérienne classique d'une infection par influenza qui peut être fréquemment responsable d'une issue fatale.

L'État met également 32 millions de masques chirurgicaux à disposition. Ces masques réduisent considérablement le risque de contamination que représente un malade pour son entourage et sont donc prévus pour tous les patients, aussi bien ambulants (c'est-à-dire les personnes qui se rendent aux points de contact locaux « soins de santé »), que ceux qui sont traités à domicile ou sont hospitalisés.

Six millions de masques respiratoires plus performants du type FFP2 sont également prévus pour le personnel soignant. Ces masques doivent être changés toutes les 2 à 4 heures. Le plan

d'urgence belge précise toutefois que ces masques sont portés uniquement en cas d'exposition à un aérosol microbien.

L'État a fourni à tous les laboratoires de biologie clinique 3 kits de test comprenant chacun un masque respiratoire afin que le médecin traitant puisse effectuer un prélèvement naso-pharyngé s'il soupçonne un cas de grippe aviaire et l'envoyer pour analyse au labo de l'Institut scientifique de la Santé publique.

Conformément à la recommandation du Conseil supérieur de la santé, des médicaments antiviraux sont prévus pour traiter 30 % de la population. Une partie se présente sous la forme de Tamiflu® (Roche) prêt à l'emploi, en gélules et en poudre pour suspension buvable (la molécule étant l'oseltamivir), de Relenza® (GSK) prêt à l'emploi, une poudre à inhaler (la molécule étant le zanamivir), tandis qu'une autre partie se présente sous la forme de matière première en vrac (oseltamivir phosphate) qui est stockée avec du matériel de conditionnement et des excipients à la composante médicale de l'armée belge, qui possède les compétences nécessaires pour transformer la matière première en comprimés. Ces médicaments antiviraux sont expressément prévus pour traiter les malades et ne sont pas destinés à un usage prophylactique, pas même pour les travailleurs des soins de santé<sup>3</sup>.

### **III. Cadre juridique<sup>4</sup>**

La question juridique centrale, qui est étroitement liée aux considérations éthiques, est la suivante : comment concilier les droits et libertés de l'individu avec un certain nombre de mesures considérées nécessaires par les autorités publiques pour endiguer la maladie, comme par exemple la réquisition de personnes ou l'isolation des personnes contaminées?

#### ***1. Règles de droit international***

- L'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) dispose :

« Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales :

---

<sup>3</sup> Dans d'autres pays, le stock de médicaments antiviraux est prévu pour 5, 10, 20, 30 et jusqu'à 50% de la population.

<sup>4</sup> Nous ne nous pencherons pas sur les aspects institutionnels et organisationnels de la gestion des crises aux niveaux communal, provincial et national., qui sont entre autres réglés par :

- l'AR du 18 avril 1988 portant création du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (MB du 4/5/88);

- l'AR du 31 janvier 2003 portant fixation du plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national (MB du 21/2/03);

- l'AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention (MB du 15/3/06, éd. 2).

Ces plans ont un caractère général et ne visent pas spécialement l'apparition d'une maladie contagieuse telle qu'une pandémie de grippe. Les structures spécifiques prévues au cas où surviendrait une pandémie de grippe font d'ailleurs l'objet du chapitre II « Le plan d'urgence belge ».

[...]

e) s'il s'agit de la détention régulière *d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse*, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond; ».

- L'article 8 de la CEDH dispose :

« §1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

§2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, *à la protection de la santé* ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. (nos italiques) ».

- Le Règlement sanitaire international (RSI)<sup>5</sup> (2005) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que les Etats Parties au Règlement disposent à partir du 15 juin 2007 d'un délai de deux ans pour évaluer leurs capacités et élaborer des plans d'action nationaux, puis de trois ans pour satisfaire aux prescriptions du Règlement concernant les systèmes nationaux de surveillance et d'action ainsi qu'aux prescriptions dans les aéroports, les ports et certains postes-frontières désignés. Ce règlement oblige les Etats Membres à déclarer le choléra, la peste et la fièvre jaune et donne à l'OMS un droit d'investigation<sup>6</sup>.

- La décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 prévoit que chaque Etat Membre se doit d'informer les autres Etats Membres et la Commission, via le réseau communautaire EWRS (Early Warning Rapid System), de la nature et de la portée des mesures de contrôle qu'il envisage de prendre ou qu'il a prises face à l'urgence.

## **2. Législation belge fédérale**

### *2.a. Droits des patients*

L'article 8, §2, de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 dispose que « le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. ». Il a donc le droit de refuser ou de retirer son consentement pour une intervention (art. 8, §4). Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient (art. 8, §5).

---

<sup>5</sup> à consulter sur [www.who.int/csr/ihr/fr](http://www.who.int/csr/ihr/fr)

<sup>6</sup> D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », note de bas de page 9, *in Médecine et droit, Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique*, 2007, Anthemis, Louvain-la-Neuve.

L'article 10, §2, de la même loi dispose qu'aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice du droit à la protection de la vie privée ou du droit au respect de l'intimité du patient « sauf si cela est prévu par la loi *et est nécessaire pour la protection de la santé publique* ou pour la protection des droits et des libertés de tiers. (nos italiques) ».

## *2.b. La réquisition*

La réquisition est une procédure de droit public par laquelle, dans des circonstances particulières, les pouvoirs publics s'assurent la collaboration des citoyens ou s'approprient certaines affaires<sup>7</sup>. La législation belge connaît la réquisition civile et la réquisition militaire.

Le présent aperçu porte exclusivement sur la réquisition civile de personnes. La réquisition est limitée aux circonstances exceptionnelles, lorsque les moyens ordinaires tels que le recrutement de personnel par nomination ou par contrat de travail s'avèrent insuffisants.

Les principales dispositions susceptibles d'être intéressantes en cas de pandémie sont les suivantes :

- selon l'article 4 de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, les médecins doivent donner suite à une réquisition des pouvoirs publics;
- l'article 9, §3, de l'AR n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales confère à l'inspecteur de la santé et à l'inspecteur des pharmacies la compétence de prendre des mesures pour assurer le déroulement normal des services de garde si ceux-ci devaient être mis en péril;
- pour les réquisitions dans le cadre de l'AR du 1<sup>er</sup> mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles, voir point 2.c. ci-dessous;
- pour les réquisitions dans le cadre de la réglementation des Communautés relative à la prophylaxie des maladies transmissibles, voir point 3 ci-dessous;
- l'article 17 de la loi du 5 août 1992 sur la fonction de police dispose qu'en cas de calamité, de catastrophe ou de sinistre, les services de police de la zone touchée sont compétents, jusqu'à l'intervention des autorités compétentes, pour prendre toutes les mesures propres à sauver les personnes en danger, entre autres en requérant le concours de la population, qui est tenue d'obtempérer;
- l'article 11, §3, de l'AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention (MB du 15 mars 2006) dispose que, dans une situation d'urgence, les moyens médicaux sont placés sous

---

<sup>7</sup> J. Dujardin, M. Van Damme & J. Vande Lanotte, *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, 2002, Kluwer, Malines, n° 293.

l'autorité administrative de l'inspecteur fédéral de l'hygiène et que la direction opérationnelle incombe au directeur de l'aide médicale;

- l'article 181 de la loi du 15 mai 2007 relative à la sécurité civile (MB du 31 juillet 2007, err. MB du 1er octobre 2007) prévoit que le Ministre ou son délégué peut, lors des interventions effectuées dans le cadre de la sécurité civile et pour les besoins de celle-ci, procéder à la réquisition des personnes et des choses qu'il jugerait nécessaire. Le même pouvoir est reconnu au Bourgmestre qui peut déléguer celle-ci au commandant de zone ou aux officiers des postes sur le terrain. Le Roi fixe les modalités du remboursement des frais liés à la réquisition;

- en ce qui concerne *le secteur privé*, la loi du 19 août 1948 relative aux prestations d'intérêt public en temps de paix prévoit que les commissions paritaires doivent définir les mesures, les prestations ou les services qui doivent être assurés en cas de cessation collective et volontaire du travail ou en cas de licenciement collectif du personnel, en vue de faire face à certains besoins vitaux ou certaines tâches commandés par une nécessité imprévue. Ces besoins vitaux doivent être déterminés par les commissions paritaires. La désignation des personnes qui doivent être occupées dans certaines entreprises parce qu'elles sont indispensables pour faire face aux besoins vitaux doit intervenir d'un commun accord entre les employeurs et les travailleurs. Ce n'est qu'à défaut d'accord entre les partenaires sociaux que ces personnes peuvent être réquisitionnées par le ministre de l'emploi et du travail ou par le ministre des affaires économiques et de l'énergie ou leurs représentants, par exemple le gouverneur de province<sup>8</sup>.

### *2.c. Les mesures de quarantaine*

- Le Décret sanitaire du 18 juillet 1831 prévoit dans son article 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, que le chef de l'Etat détermine par des arrêtés les mesures extraordinaires que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendraient nécessaires sur les frontières ou dans l'intérieur. Le décret prévoit que des personnes provenant des pays infectés pourront être soumises à des quarantaines plus ou moins longues. Elles pourront même être repoussées du territoire si la quarantaine ne peut avoir lieu sans exposer la santé publique. Les infractions sont sévèrement punies<sup>9</sup>.

- La Loi sanitaire du 1<sup>er</sup> septembre 1945 indique en son article 1<sup>er</sup> que le Roi est autorisé à prescrire par voie de règlements généraux et après avoir pris l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique, les mesures de prophylaxie et d'assainissement ainsi que toutes les mesures d'organisation et de contrôle nécessaires pour prévenir ou combattre les maladies transmissibles présentant un danger général, dont la liste aura été dressée sur l'avis conforme du Conseil supérieur d'hygiène publique.

---

<sup>8</sup> J. Dujardin, M. Van Damme & J. Vande Lanotte., *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, op cit. n° 295; W. Van Eeckhoutte, *Arbeidsrecht 1999-2000*, Gandaius, Kluwer Rechtswetenschappen België, 1999, Anvers, n° 208-211.

<sup>9</sup> D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff., op cit. p. 205.

- L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles, modifié par l'arrêté royal du 18 novembre 1976, impose la déclaration de tout cas, avéré ou suspect, des maladies suivantes:

« I. Maladies quarantenaies:

1. Maladies quarantenaies prévues par le Règlement sanitaire international de l'Organisation Mondiale de la Santé:

choléra, fièvre jaune, peste et variole (aussi Alastrim);

2. Maladies assimilées, sur le plan national, aux maladies quarantenaies:

fièvres, hémorragiques ou non, causées par les virus des familles suivantes:

a) arbo- et Togavirus (types dengue et fièvre à virus Congo);

b) arénavirus (types fièvre de Lassa, fièvres hémorragiques américaines);

c) rhabdovirus (types fièvres de Marburg et de Johannesburg) ;

II. Maladies non quarantenaies à déclaration internationale:

typhus exanthématique, fièvre récurrente, poliomyélite, *grippe à allure épidémique*, paludisme (nos italiques) ;

III. Maladies transmissibles soumises à déclaration nationale:

1. Maladies d'origine bactérienne:

[...]

2. Maladies d'origine virale:

encéphalite virale, hépatite infectieuse, rage;

[...]

3. Maladies d'origine rickettsienne et pararickettsienne:

[...]

4. Maladies d'origine parasitaire:

[...].

Est également obligatoire la déclaration de tout cas pathologique de diagnostic incertain mais présentant un caractère épidémique indiscutable ou présentant la symptomatologie d'une affection *épidémique grave*.

En outre, les personnes tenues à la déclaration informeront l'inspecteur d'hygiène [...] de toute situation ayant les caractères d'une autre maladie infectieuse grave ou *épidémique*, lors même que le diagnostic ne serait pas définitivement établi. (nos italiques) ».

L'arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 1971 comporte encore les dispositions suivantes:

Art. 6bis. « Lorsqu'un cas avéré ou suspect d'une maladie quarantenaire est porté à la connaissance de l'une des autorités [...], chacune d'elles peut, en cas de nécessité, procéder à la réquisition de tout service hospitalier, situé dans les limites de sa circonscription, *en vue d'y faire assurer l'isolement prophylactique* et le traitement médical approprié. (nos italiques) ».

Art. 6<sup>ter</sup>. § 1<sup>er</sup>. « Cette réquisition porte à la fois:

1° sur l'usage des bâtiments, des terrains et de l'équipement et sur le personnel du service requis; [...]

§ 2. L'autorité requérante peut ordonner, en outre, l'évacuation préalable et immédiate, totale ou partielle, du service requis, par les patients qui s'y trouvent hospitalisés et dont la présence dans ledit service pourrait compromettre l'efficacité de la prophylaxie. [...] ».

Art. 6<sup>quater</sup>. « Lorsque l'arrivée ou la présence en Belgique d'un cas avéré ou suspect d'une maladie quarantenaire prévue à l'article 1<sup>er</sup>, I, du présent arrêté est portée à la connaissance d'un médecin fonctionnaire du Ministère de la Santé publique et de la Famille ayant dans ses attributions l'inspection sanitaire aux frontières terrestres, maritimes, fluviales et aériennes, et notamment celle des ports et aéroports, ce médecin fonctionnaire peut également procéder à la réquisition de tout service hospitalier situé sur le territoire national, *en vue d'y faire assurer l'isolement prophylactique et le traitement médical approprié* de toute personne atteinte de la maladie quarantenaire en cause ou suspecte d'en être atteinte [...]. » (nos italiques).

Art. 6<sup>quinquies</sup>. « [...] La direction de l'établissement concerné facilite, assure et contrôle l'exécution de la réquisition, par tous les moyens en son pouvoir, notamment par *l'admission immédiate dans le service requis de tout cas avéré ou suspect de la maladie quarantenaire en cause*.

Chaque membre du personnel requis est informé individuellement de la réquisition à l'initiative de la direction, d'abord verbalement et ensuite par écrit.

[...]

La réquisition reste en vigueur aussi longtemps qu'elle n'a pas été levée par l'autorité requérante sur avis de la commission prophylactique prévue à l'article 6<sup>septies</sup>.

[...]. (nos italiques)».

Les infractions à cet arrêté royal seront, selon l'article concerné, punies des peines établies par le Décret sanitaire du 18 juillet 1831 ou par la Loi sanitaire du 1<sup>er</sup> septembre 1945 (art. 10).

*Attention* : cet arrêté royal

- a été abrogé et remplacé pour la Communauté flamande;
- a été partiellement abrogé et remplacé pour la Région de Bruxelles Capitale;
- a été complété pour la Communauté française.

Voir à ce sujet ci-dessous point 3.

*Remarque* : aucune disposition n'a été trouvée qui prévoit de mettre également le personnel médical en quarantaine, comme cela s'est passé au Canada à l'occasion de l'épidémie de SARS<sup>10</sup>.

#### 2.d. L'évacuation et l'interdiction de déplacement

---

<sup>10</sup> D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », op cit., pages 218-219.

L'article 182 de la loi du 15 mai 2007 relative à la sécurité civile (MB du 31 juillet 2007, err. MB du 1<sup>er</sup> octobre 2007) prévoit que « le Ministre ou son délégué peut, en cas de circonstances dangereuses, en vue d'assurer la protection de la population, obliger celle-ci à s'éloigner des lieux ou régions particulièrement exposés, menacés ou sinistrés, et assigner un lieu de séjour provisoire aux personnes visées par cette mesure; il peut, pour le même motif, interdire tout déplacement ou mouvement de la population. ».

### **3. Réglementation des Communautés**

L'article 5, §1<sup>er</sup>, 1, I, 2° de la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, prise en exécution de l'article 128 de la Constitution, prévoit que les Communautés sont compétentes de l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales.

#### *3.a. Réglementation de la Communauté flamande*

- le décret flamand du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive (MB du 3 février 2004), qui remplace l'AR du 1<sup>er</sup> mars 1971, prévoit en son article 47 des mesures de quarantaine plus spécifiques;

- en attendant l'entrée en vigueur de l'arrêté d'exécution de ce décret, qui est en préparation, la réglementation antérieure de cette matière, qui est en vigueur au moment de l'entrée en vigueur dudit décret, entre autres en ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses, reste d'application.

Il s'agit notamment :

- du décret du 5 avril 1995 relatif à la prophylaxie des maladies contagieuses (MB du 19 juillet 1995) ;

- de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 avril 1995 portant exécution du décret du 5 avril 1995 relatif à la prophylaxie des maladies contagieuses (MB du 14 juillet 1995).

L'article 5, § 1<sup>er</sup>, du décret du 5 avril 1995 relatif à la prophylaxie des maladies contagieuses prévoit que, pour prévenir et lutter contre les maladies visées au présent décret, les fonctionnaires-médecins compétents peuvent :

« 1°. *obliger* les personnes atteintes par une telle maladie et qui constituent de ce fait un risque de contagion pour la communauté, à *suivre un traitement médical approprié* afin de lutter contre cette contagion et au besoin *ordonner leur isolement temporaire* dans un service hospitalier désigné par les fonctionnaires-médecins;

2°. en cas de constatation d'une telle maladie, *faire subir* aux personnes qui peuvent transmettre cette maladie à cause de leurs activités professionnelles, *un examen médical* visant à dépister la source de contamination;

3°. *interdire* aux personnes visées sous 2° qui sont infectées et peuvent transmettre la maladie, *d'exercer leurs activités professionnelles* tant qu'elles constituent un risque pour la santé publique; [...]

6°. réquisitionner les espaces hospitaliers nécessaires à l'admission et l'isolement des personnes contaminées ou suspectées d'être atteintes d'une contamination grave. (nos italiques) ».

Les maladies visées au décret et pour lesquelles la déclaration immédiate est obligatoire, sont énumérées dans l'Annexe I de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 avril 1995 susmentionné, qui prévoit sous 11° « Toute autre maladie contagieuse grave non figurant sur la liste *et qui risque de présenter un caractère épidémique*. (nos italiques) ».

### *3.b. Réglementation de la Communauté française*

L'arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 1971 a été complété par :

- l'arrêté du 17 juillet 2002 du Gouvernement de la Communauté française relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant (MB du 26 octobre 2002) ;

- l'arrêté du 17 juillet 2002 du Gouvernement de la Communauté française fixant la liste des maladies transmissibles impliquant la mise en oeuvre de mesures de prophylaxie et de dépistage (MB du 26 octobre 2002).

### *3.c. Réglementation de la Région de Bruxelles-Capitale*

L'arrêté du 19 février 2004 du Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale du 19 février 2004 modifiant l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles (MB du 16 mars 2004) prévoit dans son article 1<sup>er</sup> entre autres que les Membres du Collège réuni, compétents pour la politique de santé, peuvent compléter la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. Est également obligatoire la déclaration de tout cas pathologique de diagnostic incertain *mais présentant un caractère épidémique indiscutable ou présentant la symptomatologie d'une affection épidémique grave* (nos italiques).

### *3.d. Réglementation de la Communauté germanophone*

Aucune réglementation n'a été trouvée.

#### **4. Règles déontologiques**

Le *Code de déontologie médicale de l'Ordre des Médecins* prévoit entre autres :

Art. 3.

« L'exercice de l'art médical est une mission éminemment humanitaire; le médecin veille, en toutes circonstances, à la santé des personnes et de la collectivité. [...]».

Art. 5.

« Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur situation sociale, leur nationalité, leurs convictions, leur réputation et les sentiments qu'il éprouve à leur égard. ».

Art. 6.

« Tout médecin doit, quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat. ».

Art. 7.

« En cas de danger public, le médecin ne peut abandonner ses malades, à moins qu'il n'y soit contraint par les autorités qualifiées. ».

Art. 8.

« Le médecin doit être conscient de ses devoirs sociaux envers la collectivité. ».

Art. 99.

« Le médecin doit à la fois respecter les droits imprescriptibles de la personne humaine et remplir ses devoirs envers la communauté. ».

Art. 101.

« Le médecin apporte sa contribution personnelle à la mission qui incombe collectivement au corps médical de promouvoir la santé de la population.

Le corps médical apporte son concours, dans le respect des règles de la déontologie et des droits de l'individu, aux formes de sécurité sociale, qui ont pour but d'assurer à tous les citoyens les soins de santé les meilleurs. ».

Durant l'épidémie de SARS au Canada, le contact entre médecins et patients atteints était limité au minimum dans certains hôpitaux; en conséquence, les médecins étaient dans une certaine mesure dispensés de leur devoir de soigner<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », op cit., pages 218-219.

On peut se demander dans quelle mesure les médecins doivent continuer à s'investir en dépit des risques pour leur propre sécurité et leur santé.

Dans son *avis du 24 janvier 2009* à ce sujet<sup>12</sup>, le *Conseil national de l'Ordre des médecins* estime que « chaque médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins. Ceci non seulement pour ne pas s'exposer comme tout citoyen aux conséquences que la loi attache à l'abstention coupable, à la rupture d'un contrat ou d'un engagement, mais surtout aussi en raison du rôle social chargé d'espoir qu'il assume. Ainsi, le choix conscient de devenir et d'être médecin est indissociable de l'acceptation d'un devoir de traitement et de soins. Ce devoir n'est pas une condition connexe facultative. Il est au cœur même de ce qui permet de définir la profession de médecin (cf. l'article 7 du Code de déontologie médicale). [...] L'acceptation par le médecin de l'obligation de traitement ne signifie pas qu'il doive faire totalement abstraction de sa propre sécurité ni d'autres devoirs conflictuels, pour la plupart d'ordre familial. Ainsi, lors de la récente menace du SARS, la crainte existait chez les dispensateurs de soins concernés de contaminer les membres de leur famille. Ils devaient faire passer loin derrière leur travail les problèmes pratiques dans l'éducation et les soins au quotidien de leurs enfants de même que les questions existentielles concernant la protection de leurs proches. [...]

La pratique ne peut en l'occurrence se cantonner à juger du devoir dont l'appel prédomine et doit aller de pair avec une approche offrant un espace où faire coexister des valeurs antagonistes. Entre autres, l'obligation de traitement du médecin entraîne aussi des devoirs contraignants pour la société et les institutions de soins. En sus du soutien social sous forme d'assurances adéquates maladie, invalidité et décès, de soins à l'enfance, etc., elles doivent maximaliser la sécurité des divers dispensateurs œuvrant aux avant-postes. ».

## ***5. De lege ferenda : la loi-cadre Influenza***

Lors de l'audition d'un expert, il s'est avéré que l'on travaille à une loi-cadre Influenza, qui serait promulguée au début d'une pandémie et qui modifierait un certain nombre de dispositions légales afin de faire face à la situation de crise.

A titre d'illustration, nous donnerons deux exemples. Une exception serait prévue à la disposition selon laquelle les billets de banque doivent toujours passer par la Banque Nationale, où les billets usés et abîmés sont retirés de la circulation. Les banques prévoient notamment un problème d'approvisionnement des distributeurs automatiques s'il devient impossible d'organiser suffisamment de transports de fonds. Le règlement flamand interdisant aux entreprises de pompes funèbres de transporter plus d'un défunt constitue un autre exemple; une exception sera également prévue.

## ***6. Conclusion***

Bien qu'au sein des Communautés il existe quelques différences entre les réglementations concernant la quarantaine et l'isolement, ce qui peut provoquer quelques imprécisions et

---

<sup>12</sup> Avis du 24 janvier 2009 relatif à l'obligation de traitement, à consulter sur [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be).

hésitations, la législation actuelle semble suffire pour faire face à la pandémie grippale jusqu'à la phase 5 de l'OMS y comprise, c'est-à-dire pour les individus ou petits groupes de personnes atteints par la maladie. A partir du moment où cette pandémie entrera dans la phase 6, la législation précitée sera en pratique moins utile, puisqu'on ne peut naturellement pas isoler ou mettre en quarantaine toute la population. A ce moment, la communication des mesures sanitaires adéquates à celle-ci par différents canaux d'information revêtira toute son importance. A titre d'exemples, nous citerons le fait de rester chez soi le plus souvent possible, de s'approvisionner en conséquence, ou encore d'éviter les visites et déplacements superflus, ainsi que toutes les recommandations d'hygiène qui seront actualisées.

## **IV. Considérations éthiques**

### ***1. Ethique de la santé publique***

On attend d'un État qu'il protège sa population en créant et entretenant un certain nombre de dispositifs et d'infrastructures indispensables, afin de pouvoir satisfaire les besoins et droits fondamentaux : il doit par exemple veiller à ce que tous les enfants puissent suivre une scolarité, à ce que chacun dispose d'eau potable, d'un logement, à garantir la mobilité des citoyens, à l'entretien des rues et des routes, à ce qu'il y ait suffisamment de travailleurs des soins de santé pour prendre en charge les malades, à réduire la pollution de l'air, etc. On attend également de l'État qu'il diffuse les informations nécessaires pour permettre à ses citoyens de faire des choix libres et adéquats, conformes à leurs convictions intimes et personnelles.

S'il est vrai que, dans le passé, l'État a parfois adopté une attitude trop paternaliste, édicté des lois et pris des actions guidées par la conviction morale d'une majorité, portant ainsi atteinte à l'autonomie de certains citoyens, la situation a changé au cours de la dernière décennie – du moins dans le monde occidental. Le droit du citoyen à prendre des décisions autonomes s'exprime de plus en plus. En Belgique, la suppression de la loi sur le vagabondage et la promulgation de la loi sur les droits du patient en sont des exemples évidents.

De la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), adoptée le 4 novembre 1950, il peut être déduit qu'une autorité publique peut restreindre les droits privés lorsque cela s'avère nécessaire pour la protection d'autrui contre une contamination. La Belgique dispose à cet effet de toute une réglementation (cf. supra).

Le plan d'urgence n'a pas été établi ni élaboré dans le but d'imposer aux citoyens l'une ou l'autre règle de conduite applicable à leur sphère personnelle et familiale qui ne correspondrait pas à leur propre vision ou conviction. Ce plan d'urgence a été établi pour réduire le risque de contamination de tierces personnes et régir la prise en charge des malades dans les meilleures conditions. L'objectif est de « bien » agir pour le plus grand nombre et de « porter atteinte » au plus petit nombre possible.

D'un point de vue éthique, il n'y a aucune objection à opposer à l'élaboration d'un plan d'urgence par l'État ni à la mise en œuvre d'une série de cellules capables de suivre l'évolution de la pandémie et d'adopter éventuellement des mesures visant à restreindre la liberté personnelle des citoyens afin de sauver des vies.

Le fait que l'État ait élaboré un plan et créé un site Internet démontre qu'il a agi conformément au principe de précaution et entend informer au mieux les citoyens du danger potentiel qu'ils encourent. Il n'est de toute évidence nullement question d'imposer des mesures coercitives « nouvelles » ; au contraire, le plan d'urgence part du principe que chacun suivra les instructions comme il se doit. Nous retrouvons cette tendance dans les plans opérationnels édités par plusieurs pays européens et dans son avis n° 106, le CCNE français<sup>13</sup> « attire l'attention sur le danger qu'il y aurait à étendre [ces restrictions aux libertés fondamentales] au-delà de ce qui est nécessaire à la lutte contre la pandémie grippale, ou bien à cause d'une conception maximaliste (donc inadaptée), du principe de précaution, ou bien à des fins d'affichage démagogique ».

Le plan d'urgence prévoit en outre d'organiser une enquête auprès de la population (p. 41) afin de vérifier la manière dont elle perçoit une pandémie, quel est son degré d'inquiétude à cet égard et comment elle peut s'y préparer. Pendant la phase de crise, tous les moyens possibles sont mis en œuvre pour assurer la communication vers le grand public. En fonction de l'évolution d'une éventuelle pandémie, le principe de proportionnalité exige de veiller à ce que les restrictions imposées permettent d'escompter des résultats valables.

Pour des raisons d'intérêt public le Comité français, dans l'avis susmentionné, considère qu'en cas de pandémie, la liberté individuelle qui consiste à refuser la vaccination, ne doit pas être respectée. S'il y a lieu de consacrer tout le temps qu'il faut pour convaincre un individu qui refuserait le vaccin pandémique, afin d'essayer de lui faire comprendre le danger que ce refus signifie pour lui et pour les autres, il n'y aurait pas lieu de donner suite à son refus de soins car l'intérêt du corps social l'emporte ici sur le respect d'autonomie de la personne.

Le Nuffield Council (UK)<sup>14</sup> considère que dans le cas d'une pandémie, il est indispensable de mettre un système de surveillance de l'évolution de la maladie et de ses modes d'infection, en place. Il pense donc qu'il est acceptable d'organiser la collecte des données anonymisées qui permettent d'étudier la propagation de l'infection sans avoir à obtenir le consentement des personnes concernées et pour autant qu'il n'y ait pas invasion dans leur vie privée. Il n'empêche, pour le Nuffield Council, que dans certaines situations il peut être justifié de collecter des données nominatives, malgré l'atteinte à la vie privée et à la confidentialité, que pareilles mesures signifient, pour les personnes concernées, s'il y va de l'intérêt de la santé publique. D'un point de vue éthique il serait donc justifiable de chercher à identifier tous les contacts qu'une personne, présumée contaminée, a eu récemment avec d'autres. En Belgique, cette démarche

---

<sup>13</sup> Voir [www.ccne-ethique.fr/avis](http://www.ccne-ethique.fr/avis)

<sup>14</sup> Rapport "Public health: ethical issues", e.a. les paragraphes 4.39 et 4.43, voir [www.nuffieldbioethics.org](http://www.nuffieldbioethics.org)

épidémiologique revêt un caractère légal en ce qui concerne certaines maladies comme la tuberculose sans susciter pour autant de polémique au sein de la population.

## **2. Solidarité**

L'efficacité du plan est cependant largement subordonnée à la collaboration optimale de la population civile et des groupes des professionnels de la santé.

### *2.a. La collaboration de la population civile*

Même si l'information est transmise correctement, il faut aussi que le citoyen moyen la comprenne et la juge crédible. Au vu des commentaires publiés entre autres sur des forums Internet en rapport avec la grippe aviaire, nombre de gens sous-estiment encore le danger de cette maladie. Ne faut-il donc pas d'abord penser à informer la population sur ce qu'est un virus, comment un virus de la grippe peut, le cas échéant, se combiner à un virus de la grippe aviaire ou d'autre origine animale, ou ce que signifie une mutation du virus? Certaines personnes ont du mal à comprendre pourquoi il est utile d'éliminer les oiseaux qui se trouvent dans et à proximité de foyers de grippe aviaire.

Est-ce que tout le monde se rendra compte de l'importance de l'hygiène des mains ? Dans quelle mesure les personnes malades vont-elles effectivement porter un masque à la maison, éviter les visites et protéger leurs proches ? Dans quelle mesure seront-elles conscientes que, tant qu'elles ne sont pas complètement rétablies, il est préférable de ne pas quitter leur domicile afin d'éviter de contaminer des tiers ; que, de même, il est plus prudent de rester chez soi si le moindre symptôme grippal apparaît, au risque de déplaire peut-être le cas échéant à son employeur ?

Le plan d'urgence semble partir du principe que tout le monde respectera les instructions, puisque ce sont précisément des instructions! Cette assertion n'est pourtant pas d'emblée acquise en Belgique où nombre de citoyens ont malice à «trouver la faille» de chaque directive. Comme le soulignent Marc Guerrier et Emmanuel Hirsch : « Anticiper de manière théorique ou examiner les expériences tirées d'autres circonstances significatives, constitue une bonne manière de se confronter aux éventualités d'une pandémie grippale. Pour autant les spéculations d'experts et les mesures planifiées ne peuvent, à elles seules, créer les conditions de mobilisation et de renforcement de la cohésion sociale autour de valeurs partagées »<sup>15</sup>.

Les membres du Comité consultatif de Bioéthique estiment que pour instaurer une attitude optimale et constructive dans la société, développer des canaux d'information ne suffit pas. Le Comité pense qu'il faut, en priorité, préparer la population à une pandémie, même s'il n'est pas possible d'affirmer avec certitude qu'elle surviendra et, le cas échéant, à quel moment. Il semble indiqué d'impliquer la population dans les plans politiques, à tous les niveaux administratifs (communal, provincial, régional, communautaire et fédéral). Ce thème doit surtout être débattu au niveau local, via les comités de quartier et la vie associative. Les citoyens doivent être préparés à

---

<sup>15</sup> Périodique « PandEmiques », n° 2-3, nov. 2007, p. 2.

l'éventualité d'une pandémie et au fait qu'ils peuvent jouer un rôle constructif pour endiguer celle-ci. Concrètement, on peut non seulement s'attendre à ce que le citoyen moyen fasse preuve de bon sens pour réduire le risque de contamination, mais aussi et surtout qu'il aie l'impression, grâce à son engagement, d'être suffisamment impliqué pour se sentir responsabilisé. Chacun doit pouvoir apprécier la mesure dans laquelle il peut contribuer à endiguer une éventuelle catastrophe. Ce faisant, il faut surtout penser à préparer les groupes qui vivent en marge de la société, comme les sans-abri et les illégaux, qui risquent de propager le virus par ignorance.

Il faut également réfléchir à la nécessité d'assurer une communication en la matière avec la population allophone ainsi qu'avec la part non négligeable de la population qui ne regarde pas le journal télévisé, n'écoute presque jamais la radio ou lit rarement un quotidien. La résistance au virus de la grippe aviaire est également liée aux conditions générales de vie et d'habitation. Il n'est guère question de cet aspect dans le plan d'urgence. Quid des sans-abri ? Et des 14 % de Belges qui vivent sous le seuil de la pauvreté et n'ont sans doute pas la possibilité de stocker des denrées alimentaires ou des médicaments comme des antipyrétiques pour une longue période ?

Préparer la population à l'éventualité d'une pandémie ne peut toutefois entraîner une vague de panique. En fin de compte, comme dit précédemment, nul ne sait avec certitude si une pandémie de grippe éclatera ni, si ce devait être le cas, à quel moment. L'essentiel est donc de fournir à la population les informations et les compétences nécessaires pour lui permettre de réagir correctement en cas de pandémie. Si nous entamons cette préparation trop longtemps à l'avance, avant la phase 6, nous risquons d'obtenir l'effet inverse et de voir au final la population nier l'éventualité d'une pandémie. Lorsqu'une personne est mise en garde avec trop d'insistance contre l'imminence d'un danger qui ne survient jamais, elle risque fort de finir par négliger ce danger.

En phase 3, il s'agit surtout d'informer la population sur les affections virales en général et sur les comportements préventifs à adopter pour éviter la propagation du virus. Des campagnes générales récentes (durant l'hiver 2008-2009), similaires à celle mise en œuvre il y a peu sur la propagation du virus de la grippe saisonnière, sont importantes pour préparer la population à une pandémie. Les membres du Comité estiment qu'il faut dès à présent inciter les citoyens actifs à rester chez eux s'ils se sentent mal et ont de la fièvre, en prenant le contre-pied de leur réflexe habituel : niant les symptômes, certains se rendent malgré tout au travail et se transforment ainsi en véritables vecteurs de propagation du virus. En ce qui concerne la prévention générale contre les épidémies virales, il est souhaitable de ne pas se limiter aux simples « campagnes d'information », mais d'impliquer le grand public de façon plus directe, entre autres par le biais de la vie associative, afin de susciter une réflexion commune sur la question. Malgré tous les efforts déjà déployés pour expliquer que les infections virales et bactériennes ne doivent pas être traitées de la même façon, il semble utile de revenir encore sur ce point. Il doit être clair pour tout le monde que les antibiotiques sont inutiles contre les affections virales, alors que des antipyrétiques soulageront le patient et que ce dernier doit veiller à boire suffisamment. En cas de complications bactériennes, le recours aux antibiotiques peut être judicieux.

C'est une excellente idée d'administrer, comme prévu dans le plan d'urgence, le vaccin pré-pandémique à toute la population le plus rapidement possible (à partir de la phase 5). Ce vaccin aiderait l'organisme à mieux résister à la future grippe et réduirait dès lors le risque de mortalité. Nous devons cependant veiller à ce que le plus grand nombre de personnes soient conscientes de son utilité, afin qu'elles réagissent à cette proposition. Un expert entendu par la commission à ce propos, a déclaré que les convocations se feraient sur la base des listes d'électeurs. Les enfants seraient vaccinés à l'école. On peut s'interroger sur la communication mise en œuvre à l'égard de ceux qui ne bénéficient pas de la nationalité belge et des personnes en séjour illégal, afin de les inciter à se faire vacciner. Le plan d'urgence précise en effet que toutes les personnes séjournant sur le territoire belge jouissent de droits égaux en matière d'assistance médicale en cas de pandémie : cette position est non seulement légitime d'un point de vue éthique, mais aussi pratique, pour réduire le risque de contamination parmi la population. Le même expert, entendu par la commission, a confirmé que la vaccination des personnes en séjour illégal était bien prévue.

Si la vaccination n'est pas une proposition mais une obligation, il faut réfléchir aux mesures à prendre envers les personnes qui refusent de s'y soumettre et aux moyens disponibles pour appliquer ces mesures. Enfin, attendu que la vaccination pré-pandémique ne peut assurer une prévention complète, nous devons nous demander si, d'un point de vue éthique, elle peut cependant être imposée (par adhésion au principe d'exigence de solidarité), d'autant plus que peu sera connu des possibles effets secondaires non désirés.

Si le plan influenza belge prévoit des mesures particulières pour les institutions hospitalières (cf. ci-dessus) il y est peu question des précautions à prendre dans l'ensemble des autres collectivités et institutions, fermées ou non, où la promiscuité est importante et où les conditions sanitaires sont parfois médiocres. Nous pensons particulièrement ici aux prisons, mais également aux maisons de repos (MR) et maisons de repos et soins (MRS), ainsi qu'à toutes les diverses maisons d'accueil ou de convalescence. Il nous semble opportun que dans chacune de ces institutions un plan pandémie adapté soit préétabli de manière paritaire, afin de restreindre les dangers de la contamination entre pensionnaires et d'en assurer une prise en charge optimale, ce qui nécessite de surcroît une formation spécifique de chaque personnel. Il n'est pas exclu qu'il faille, pour le bien du plus grand nombre, y limiter l'accès de visiteurs extérieurs

tout comme il pourrait être utile d'y prévoir des sections spéciales pour y loger les personnes contaminées par le virus, dans l'espoir d'éviter sa propagation. Il apparaît primordial aux membres du Comité de réfléchir à la prise en charge des patients ainsi institutionnalisés dans le plus parfait respect de leurs droits fondamentaux et du principe de l'égalité de ces droits avec ceux de l'ensemble des autres citoyens.

## *2.b. La coopération des métiers de santé*

Pas plus que pour la population civile, le plan d'urgence ne semble douter de la bonne volonté des médecins (généralistes) à se mettre à la disposition des patients dans le cadre d'une pandémie. On attend des cercles de médecins généralistes qu'ils promeuvent et organisent cette disponibilité.

S'agissant de la disponibilité générale des médecins, des travailleurs des soins de santé et de toutes les personnes qui, en raison de leur profession, entrent en contact avec des patients contaminés, le Comité estime qu'il faut s'intéresser aux dilemmes moraux auxquels ces personnes seront confrontées, en s'appuyant sur des considérations éthiques générales. En raison de cette même disponibilité envers les patients atteints par la pandémie, elles courent, d'une façon ou d'une autre (quelles que soient les mesures préventives qu'elles adoptent), un risque de contamination plus élevé que les citoyens ordinaires. Leurs obligations professionnelles peuvent donc entrer en conflit avec leurs obligations familiales et ce, à deux niveaux. Parallèlement aux lourdes conséquences affectives, leur décès éventuel peut avoir une incidence matérielle indirecte catastrophique pour leurs enfants et/ou leur partenaire. Compte tenu du risque de contamination qu'elles représentent, elles peuvent mettre aussi la vie de leur partenaire et de leurs enfants en danger.

Les membres du Comité pensent que l'État doit accorder l'attention nécessaire à cette question. A l'instar de ce qui s'est fait dans d'autres pays, notamment suite à l'épidémie de SARS, des mesures utiles doivent être prises pour assurer financièrement la vie des prestataires de soins, afin que leur famille ne subisse pas les lourdes répercussions matérielles de leur engagement positif envers la société s'ils viennent à décéder de la grippe ou à perdre leur capacité de gain. D'autre part, il faut veiller à ce que, pendant la pandémie, les travailleurs de la santé actifs ou d'autres personnes exposées à des risques accrus de contagion dans le cadre de leur profession n'aient pas à être en contact direct avec leur conjoint ni leurs enfants. Il paraît utile d'imaginer entre autres une infrastructure d'hébergement, soit pour les prestataires de soins, soit pour leurs familles.

### ***3. La disponibilité des moyens et du personnel***

#### *3.a. La disponibilité des lits hospitaliers et leur encadrement*

Les moyens dont dispose un pays ne sont pas infinis et même dans des situations où un danger de mort pèse sur la population, il est impératif de veiller à ce que les survivants disposent toujours des moyens nécessaires pour bénéficier d'une qualité de vie correcte. Il faut cependant réaliser une analyse coûts-bénéfices afin de déterminer, le cas échéant, les dépenses « disproportionnées » – nous songeons par exemple à l'inutilité relative de construire de nouvelles structures hospitalières en prévision d'une éventuelle pandémie – et les dépenses financières plus légères, destinées à lancer des mesures permettant de contrer l'expansion d'une éventuelle pandémie et/ou d'offrir une meilleure protection sanitaire à certaines catégories professionnelles indispensables au bon fonctionnement de la société.

L'extension de la capacité hospitalière semble être une mesure excessive, puisque personne ne sait où il faudrait aller chercher le personnel soignant. Souvent, les hôpitaux manquent déjà de personnel et une pandémie n'épargnera certainement pas cette catégorie professionnelle.

### *3.b. La disponibilité de respirateurs et leur gestion*

L'achat d'un plus grand nombre de respirateurs semble moins extravagant, même s'il représente un investissement budgétaire important. Les respirateurs sont des biens d'investissement durables et pourront toujours être utilisés après la pandémie. Même en dehors des périodes de pandémie, ces appareils viennent parfois à manquer. La manipulation des respirateurs exige de surcroît un personnel compétent et puisque l'on table habituellement sur une carence relative de personnel soignant en cas de pandémie, cette dépense est peut-être moins judicieuse.

### *3.c. La disponibilité des masques*

Les choses semblent différentes en ce qui concerne les masques, même si leur efficacité protectrice n'est pas réellement démontrée. Les masques ont également une très longue durée de conservation et en cas de surplus, les masques stockés pour la pandémie ne sont pas perdus. Leur coût est également faible. L'État prévoit des stocks de masques chirurgicaux et respiratoires.

#### *3.c.1. Les masques chirurgicaux*

Comme expliqué précédemment, les masques chirurgicaux ne protègent pas ceux qui les portent contre la contamination mais empêchent les personnes atteintes d'en contaminer d'autres. Il s'agit donc de « masques altruistes ». Tous les patients contaminés doivent les porter, qu'ils soient soignés à domicile ou qu'ils séjournent dans un hôpital ou une autre institution.

La création de points de contact locaux « soins de santé » semble justifiée pour soulager les services d'urgence des hôpitaux et empêcher au mieux la contamination de patients non contaminés dans la salle d'attente des généralistes. Dans le cadre d'une telle structure, les personnes présentant des symptômes de grippe doivent toutefois se déplacer et sortir en rue, voire prendre le tram, le bus ou le métro pour atteindre le point de contact local. De prime abord, il semble plus judicieux de centraliser le plus possible les consultations au domicile du patient. Autrement dit, il faut pouvoir compter sur un nombre maximum de généralistes mobiles et organiser un service de garde au point de contact local. On peut néanmoins supposer qu'un certain nombre de généralistes seront également non-disponibles, qu'ils soient atteints par la maladie ou non. Les personnes qui doivent se déplacer jusqu'au point de contact et qui ont donc déjà développé des symptômes grippaux représentent un risque de contamination évident : elles doivent par conséquent disposer de masques chirurgicaux avant que le diagnostic soit posé. Il semble dès lors souhaitable de remettre ces masques à titre préventif à toutes les personnes séjournant sur le territoire belge.

Dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus, le principal problème réside dans le fait que l'on est déjà contagieux 24 heures avant l'apparition des symptômes. Nul ne peut donc affirmer avec certitude qu'il n'est pas déjà en train de propager le virus. À l'instar des mesures prises en Asie pendant l'épidémie de SARS, il peut être utile d'imposer le port de masques chirurgicaux à toutes les personnes qui sortent de chez elles, ainsi que dans les entreprises, les

écoles, les administrations et autres établissements similaires dès que l'on entre en phase 6. Cette mesure semble judicieuse à partir de la phase 4 dans les avions et les trains qui transportent des personnes provenant de pays déjà touchés par la pandémie. À l'échelon familial, il est également préconisé de disposer de masques chirurgicaux à porter dès l'apparition des premiers symptômes afin d'éviter, dans la mesure du possible, de contaminer les autres membres de la famille.

Le plan d'urgence fait état d'un stock de 32 millions de masques chirurgicaux, ce qui représente environ 3 masques par personne. Étant donné qu'il faut jeter le masque après l'avoir porté, ce nombre semble être insuffisant. D'après les estimations, 30 % de la population pourraient être contaminés et développer la maladie. En Belgique, 3 millions de personnes devraient donc disposer de masques chirurgicaux pendant sept jours environ, pour éviter la propagation du virus. Le nombre de masques a manifestement été établi sur cette base. Les membres du Comité pensent toutefois qu'il ne faut pas sous-estimer la valeur des masques en tant que mesure de prévention générale. Ils soutiennent dès lors l'idée de généraliser la mise à disposition de masques chirurgicaux pour l'ensemble de la population.

### 3.c.2. Les masques respiratoires

Contrairement aux masques chirurgicaux, les masques dits respiratoires (type FFP2) protègent ceux qui les portent contre le virus. Leur efficacité est toutefois limitée à quelques heures (de 2 à 4 maximum, en fonction de la source d'information).

Ils sont censés protéger les professionnels de la santé contre le virus, tant dans le secteur des soins ambulatoires que dans les hôpitaux. Nous avons déjà expliqué que la disponibilité et l'aptitude au travail des médecins généralistes étaient cruciales. Compte tenu de la fréquence de leurs contacts avec des malades, nous pensons qu'ils doivent bénéficier d'une protection maximale contre la transmission virale pendant la phase 6, voire dès la phase 4, s'ils sont appelés par des personnes présentant les symptômes de la grippe. Le port d'un masque respiratoire semble donc conseillé lors de tout contact avec une personne soupçonnée d'être contaminée car le virus se transmet sous forme de micro-gouttelettes. Si le patient tousse ou éternue pendant l'examen, le risque de contamination est patent.

Il existe un risque comparable dans les sections hospitalières où des patients atteints de la grippe sont admis. Même en l'absence d'examens spécifiques liés à un risque d'aérosol microbien, le personnel soignant peut être atteint par des microgouttelettes si le patient tousse ou éternue. Puisqu'il faut raisonnablement s'attendre à ce que les hôpitaux soient surchargés, il est dès lors impératif de déconseiller toute exposition au risque de contamination qui se traduirait directement par une réduction des effectifs opérationnels dans toutes les catégories professionnelles concernées.

Il est également souhaitable d'offrir une protection optimale aux travailleurs du secteur social et des soins à domicile, qui devront s'occuper des malades vivant seuls (achats de médicaments, livraison ou préparation de repas,...). Si nous voulons éviter que les malades se rendent chez le

pharmacien pour se procurer des antipyrétiques par exemple, ou encore chez le boulanger, le marchand de fruits et légumes ou le boucher, nous devons veiller à ce qu'ils bénéficient d'une aide efficace à domicile. Mais ces professionnels, tout comme les volontaires, mettent ainsi leur propre vie et celle de leur entourage en danger.

Le plan d'urgence prévoit la constitution d'un stock de 6 millions de masques respiratoires. Si nous partons de l'hypothèse qu'aucun prestataire de soins ne travaille la nuit, ce qui est évidemment absurde, 100 000 prestataires de soins disposeront de masques respiratoires pendant 10 jours. La pandémie peut cependant durer plusieurs mois – jusqu'à deux ans selon certaines sources – et, comme déjà expliqué, les prestataires de soins ne forment pas la seule catégorie professionnelle devant bénéficier d'une protection particulière. On ne peut non plus oublier la protection du personnel d'entretien et administratif des hôpitaux et des points de contact locaux. Le stock de masques respiratoires semble dès lors également insuffisant. Les membres du Comité estiment qu'il est nécessaire d'envisager une augmentation considérable des stocks de masques respiratoires, d'autant qu'il ne peut ici être question de gaspillage puisque les masques stockés ont une longue durée de conservation d'une part, et que leur coût n'est pas excessif d'autre part.

### *3.d. La disponibilité des médicaments antiviraux*

Le plan d'urgence prévoit uniquement l'usage de médicaments antiviraux pour le traitement de symptômes de grippe pandémique et non pour l'usage prophylactique. Les scientifiques et les spécialistes de la santé publique ne sont pas du même avis en ce qui concerne l'utilité de la prophylaxie antivirale. Selon les sources, la prophylaxie antivirale pourrait se traduire par une réduction de la morbidité comprise entre 30 et 70 %.

Le Nederlandse Gezondheidsraad ne soutient pas la prophylaxie (publication 2005/05, p. 13). Ce n'est que lorsque des patients deviennent symptomatiques que des médicaments antiviraux peuvent leur être utiles, parce qu'ils auront déjà pu développer des anticorps et seront plus résistants lors d'une agression ultérieure. Dans le cadre d'un usage prophylactique d'antiviraux, aucun anticorps ne peut se développer et les individus ne sont donc jamais immunisés contre le virus. Si un foyer localisé de personnes contaminées est découvert, le Nederlandse Gezondheidsraad recommande néanmoins (p.12) d'administrer des médicaments antiviraux à titre de prophylaxie post-exposition : « Le but est de ralentir la pandémie, voire de l'étouffer dans l'œuf » (notre traduction).

Le Comité consultatif de Bioéthique finlandais soutient pour sa part une prophylaxie de courte durée pour les personnes qui vivent sous le même toit qu'une personne contaminée ou qui sont en contact avec des malades.

Un expert entendu par la commission a estimé qu'il fallait non seulement prévoir les masques respiratoires nécessaires pour les travailleurs des soins de santé – un point de vue également soutenu par le Comité consultatif – mais que ces derniers devraient aussi disposer en permanence

d'une dose d'antiviraux prophylactiques afin de lutter contre l'absentéisme pour maladie dans leurs rangs et de les protéger efficacement contre les risques auxquels ils s'exposent. Ce point est controversé car l'efficacité protectrice réelle d'une telle prophylaxie n'est pas avérée avec certitude et que les travailleurs des soins de santé ont peut-être intérêt à développer des anticorps contre le virus le plus rapidement possible. Les membres du Comité sont toutefois d'avis qu'il revient au professionnel de la santé de choisir s'il veut ou non disposer de médicaments à titre préventif.

L'utilité éventuelle de la prophylaxie généralisée doit être examinée en tenant compte du moment auquel un pays entre en phase 4 et le délai qu'il faut raisonnablement prévoir pour disposer d'une quantité adéquate de vaccin pandémique. Si le virus s'est déjà développé depuis déjà un certain temps loin de l'Europe et si l'on a disposé de plusieurs mois pour fabriquer un vaccin permettant de vacciner la majorité de la population, l'argument relatif à la formation d'anticorps n'est plus valable et il semble indiqué d'administrer des antiviraux à titre prophylactique jusqu'à la vaccination. S'il y a cependant une grande pénurie de vaccin pandémique, il est essentiel que le plus grand nombre de personnes puissent développer des défenses naturelles contre le virus.

Le plan d'urgence prévoit un stock de médicaments antiviraux suffisant pour le traitement unique de 30% de la population. À ce propos, il faut aussi faire remarquer que l'efficacité des antiviraux stockés diminue au fil du temps, même dans les meilleures conditions de stockage. Selon certaines sources, le délai de péremption est d'un an, selon d'autres, le médicament conserve son efficacité plus longtemps. En fin de compte, on ignore également la valeur thérapeutique exacte des antiviraux disponibles. Quand bien même il est impossible d'évaluer avec certitude la valeur prophylactique et l'efficacité thérapeutique des médicaments antiviraux, les membres du Comité consultatif estiment qu'il serait irresponsable, sur le plan éthique, de ne pouvoir soigner certaines personnes contaminées en raison d'une pénurie de médicaments et qu'il ne serait pas non plus légitime de priver les professionnels de la santé de la possibilité de prendre du Tamiflu® ou du oseltamivir à des fins prophylactiques s'ils le souhaitent.

L'achat de médicaments antiviraux s'avère toutefois fort coûteux, d'autant qu'il faut renouveler régulièrement le stock en raison du risque de rechute. Officiellement, le Tamiflu® est uniquement fabriqué par Roche et le Relenza® par GSK. Ces médicaments antiviraux sont vendus par ces firmes dans le monde entier. Roche et GSK peuvent difficilement honorer leurs commandes. Étant donné que ces entreprises disposent d'un brevet protégé pour ces deux produits, aucune autre firme ne peut leur faire concurrence.

Un expert entendu par la commission restreinte a néanmoins déclaré que des discussions sont en cours depuis des années à propos de la trithérapie pour les personnes contaminées par le virus du SIDA. L'inaccessibilité financière du traitement pour les pays en développement a incité l'OMC (Organisation mondiale du commerce) à interpréter l'Accord sur les ADPIC (Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) d'une manière qui appuie les droits des membres de l'OMC à protéger la santé publique et, en particulier, à promouvoir l'accès de tous aux médicaments (Déclaration de Doha du 14 novembre 2001).

Dans la pratique, cela signifie qu'un pays n'ayant pas les fonds nécessaires pour acheter des médicaments brevetés peut octroyer une licence obligatoire pour importer des versions génériques. L'Accord sur les ADPIC a cependant défini des restrictions concernant la production et l'exportation des produits de base, qui sont également protégés par un brevet dans le pays d'exportation potentiel. Le 30 août 2003, le Conseil général de l'OMC a rendu une décision autorisant les pays dont les capacités de fabrication dans le secteur pharmaceutique sont insuffisantes ou inexistantes à recourir de manière effective aux licences obligatoires pour importer des versions génériques de médicaments sous brevet. En principe, seul le titulaire d'un brevet peut accorder à un tiers le droit d'utiliser son invention. Il accorde à ce tiers une licence. Il y a licence obligatoire lorsque l'Etat autorise un tiers à utiliser l'invention sans l'accord du titulaire du brevet.

Plusieurs pays « riches », dont la Belgique, ont déclaré alors qu'ils n'utiliseraient pas cette possibilité. Selon un expert entendu par la commission, cette déclaration peut être considérée comme une pieuse intention et rien ne pourrait, en cas de besoin, empêcher la Belgique de recourir à ce système de licences obligatoires et d'importer de l'oseltamivir (générique) originaire d'Inde, par exemple, à un prix nettement moins élevé.

Les membres du Comité estiment que, si une pénurie de médicaments antiviraux survient pendant une pandémie, l'État doit recourir au système de licences obligatoires s'il ne dispose pas des moyens financiers pour acheter les spécialités brevetées nécessaires ou si les entreprises pharmaceutiques sont incapables de répondre suffisamment vite à la demande.

Comme le précise le Nuffield Council<sup>16</sup>, si l'industrie ne parvient pas à répondre aux besoins de la population et que la santé de celle-ci est en danger, il est acceptable que l'Etat intervienne dans ce type de processus.

#### **4. Les choix dans l'emploi des moyens**

##### *4.a. Priorisation et dépriorisation, en principe*

Par « priorisation », l'on exprime ici qu'en cas de pénurie de moyens, certaines personnes ou catégories de personnes seront traitées « en priorité ». Un tel scénario se présentera selon toute probabilité lors de l'administration du vaccin pandémique, qui ne sera sans doute pas fabriqué en quantités suffisantes pour vacciner toute la population. Une priorisation peut également être de mise si plusieurs personnes ont besoin d'un respirateur au même moment, mais qu'un seul appareil est disponible.

Par « dépriorisation », nous entendons que, pour un traitement défini, certaines personnes obtiennent une moindre priorité que d'autres. Ceci pourrait même impliquer que dans certaines situations, des personnes qui bénéficient déjà d'un traitement en soient privées au profit d'autres. Dans le cadre de certains traitements hospitaliers, s'il n'y a pas suffisamment de respirateurs, on

---

<sup>16</sup> Rapport "Public health: ethical issues", paragraphes 2.47-2.50, 5.26, 5.16-5.25, 6.18-6.31 et 8.24, voir [www.nuffieldbioethics.org](http://www.nuffieldbioethics.org)

peut ainsi décider de mettre un respirateur déjà utilisé par un patient à la disposition d'un nouvel arrivant si l'on prévoit que ce dernier en tirera un plus grand bénéfice. Même si la personne placée sous respirateur est en fait priorisée, nous parlons de « dépriorisation » de l'autre patient.

Tous les êtres humains ont en principe des droits égaux et, comme le souligne le Comité consultatif finlandais pour l'éthique de la santé, « il n'existe pas de réponses 'correctes' aux questions liées à la priorisation en cas de pandémie ». D'un point de vue éthique, il n'y a pas non plus de réponses « correctes » aux questions visant la dépriorisation. Cependant, les principes éthiques doivent aussi pouvoir être applicables et la force majeure prévaut dans certaines circonstances. Sous l'angle d'une vision utilitariste, une majorité de la population a tout à gagner à ce que certains professionnels restent opérants en cas de pandémie, de sorte que leur priorisation semble légitime.

Dans le domaine de la santé publique également, on applique des critères de priorité. Certaines catégories de patients peuvent recevoir gratuitement certains médicaments ou bénéficier d'un remboursement plus avantageux. Le but est généralement d'offrir une meilleure protection aux patients les plus fragiles. L'article 12.1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>17</sup> (« le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ») dispose que tous les établissements de soins, biens et services doivent être accessibles pour tout un chacun et en particulier les groupes de population les plus vulnérables et marginaux.

Si les moyens viennent à manquer et si des efforts raisonnables ont été mis en œuvre pour pallier ce manque, certaines personnes devront être dépriorisées au profit d'autres.

Les spécialistes en médecine des catastrophes ont appris à réagir selon le principe du tri, issu des champs de bataille et de la médecine de guerre. Lorsqu'une catastrophe se produit (une catastrophe naturelle, un crash aérien, un grave accident de train), ils déterminent, le cas échéant, qui peut être secouru utilement ou non au niveau de son pronostic vital. En fonction du type de catastrophe, de la nature des blessures, du nombre de victimes et du type de ravages provoqués, ainsi que de l'infrastructure de soins existante et de sa disponibilité, certains patients sont dépriorisés au profit d'autres patients.

Dans la pratique médicale ordinaire, la dépriorisation ne se pose généralement pas, même si les médecins spécialisés en soins intensifs sont parfois confrontés à des dilemmes lorsque tous les lits de proximité sont occupés. Le plus souvent, il est d'usage d'accorder alors la priorité aux patients les plus jeunes, pour autant que leur pronostic ait des chances réelles d'être positif.

Si une pandémie éclate, les moyens disponibles ne seront pas inépuisables. Même si l'on part du principe que l'État stockera beaucoup plus de masques respiratoires et prévoira des doses d'antiviraux pour toute la population, voire des antiviraux destinés à un usage prophylactique si

---

<sup>17</sup> Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 19 décembre 1966, fait à New York et approuvé par la loi du 15 mai 1981 (MB du 6/7/1983) et « Observation générale 14 », 22<sup>e</sup> séance, Genève, 25.4.2000.

un tel scénario s'avérerait judicieux, il se peut que le nombre de lits d'hôpitaux soit insuffisant pour prendre en charge toutes les demandes. Le nombre de respirateurs disponibles limitera forcément l'accessibilité des soins. En fonction de la morbidité et de la vitesse de propagation du virus et, par conséquent, du nombre de malades, il faudra peut-être faire des choix impliquant de déprioriser certaines personnes au profit d'autres, qui ont davantage de chances de survie.

Il est judicieux de réfléchir sereinement aux questions relatives aux concepts de priorisation et de dépriorisation en cas de pandémie si nous voulons éviter les faux pas au plus fort de la crise. Comme l'écrit Madame la Ministre, il semble effectivement souhaitable de définir un cadre au sein duquel les professionnels des soins de santé pourront trouver une réponse aux questions qu'ils devront se poser dans certains cas de force majeure. Un tel scénario doit de préférence être élaboré avec la collaboration active de la population. Des outils d'aide à la décision doivent pouvoir être mis à disposition des équipes de traitement pluridisciplinaires.

#### *4.b. Priorisation*

##### 4.b.1 Priorisation de certaines catégories professionnelles

Pendant la phase 6, il semble indispensable de protéger les professionnels et les bénévoles qui prennent soin des malades. Le traitement des malades repose sur leurs épaules et l'incapacité de travail pour cause de maladie dans leurs rangs peut mettre la vie des autres en danger.

Certaines autres professions de santé entrent par ailleurs en contact étroit avec des porteurs potentiels du virus. Nous songeons notamment aux dentistes. Le port de masques respiratoires semble donc également recommandé pour cette catégorie professionnelle, en rappelant une fois encore que ces masques ne garantissent une protection optimale que durant quelques heures.

Les pharmaciens entrent eux aussi en contact avec un très grand nombre de porteurs potentiels du virus. Il semble plus que souhaitable que les pharmacies restent ouvertes pour la population en général, mais aussi pour les patients grippés qui doivent continuer à disposer d'antipyrétiques et éventuellement d'analgésiques, ainsi que d'antibiotiques en cas de comorbidité avec une infection bactérienne, ou encore d'autres drogues.

Il faut également songer à d'autres besoins fondamentaux de la société. Dans la mesure où nous voulons éviter la paralysie de toute la société, il semble intéressant de ne pas obliger tous les parents à rester à la maison avec leurs enfants. Il paraît donc important de protéger le personnel enseignant qui, bon gré mal gré, est en contact avec des propagateurs du virus que constituent les enfants. La même règle s'applique aux prestataires de soins dans le secteur social. Les personnes qui travaillent dans des maisons de repos doivent être protégées contre le virus si nous voulons éviter la fermeture de ces foyers faute de personnel, avec toutes les répercussions sociales qui en découleraient.

Dans le secteur commercial également, nous avons tout intérêt à ce qu'il y ait suffisamment de personnel pour maintenir des magasins ouverts, surtout les magasins d'alimentation. Toutefois, les commerçants entrent également en contact avec un grand nombre de personnes et on ne peut partir du principe que tout le monde prendra des mesures de précaution optimales pour ne pas contaminer autrui.

Compte tenu du grand nombre de voyageurs transportés, les chauffeurs de bus et de tram peuvent aussi être contaminés et nous devons veiller à ce que les transports publics continuent à fonctionner.

Il paraît dès lors souhaitable d'offrir une protection adéquate à ces différentes catégories professionnelles, notamment via la mise à disposition des masques respiratoires nécessaires et, au besoin, d'une prophylaxie antivirale, même si nous admettons bien que la dignité d'un individu ne se mesure pas à l'aune de son utilité sociale.

Dans d'autres secteurs, les professionnels ne sont pas exposés à un plus grand risque de contamination, mais leur présence sur « le terrain » est cependant tout aussi indispensable à la bonne marche de la société. Nous pensons entre autres aux pompiers, aux policiers, aux personnes qui s'occupent de la distribution de l'énergie, à toutes les catégories de professionnels qui occupent des positions clés.

#### 4.b.2. Priorisation pour la vaccination à l'aide du vaccin pandémique

Si nous avons la chance de disposer du vaccin pandémique pendant la période pré-pandémique en Belgique, rien ne permet d'affirmer qu'il y aura suffisamment de doses disponibles pour pouvoir vacciner toute la population, au contraire. Si le vaccin pandémique n'est disponible que pendant la phase pandémique, il est plus que probable qu'il sera impossible de vacciner tous les citoyens.

De nouveau, il faudra déterminer à qui le vaccin doit être administré en priorité. L'OMS<sup>18</sup> s'est déjà intéressée à la question et propose de prioriser les travailleurs des soins de santé et travailleurs de terrain d'autres services de base (sociaux), les personnes dont il est avéré qu'ils représentent un risque accru de propager le virus, ainsi que les personnes ayant une santé précaire et pour lesquelles une infection risque de s'avérer mortelle.

Il est difficile de déterminer qui doit être vacciné en priorité. Nous n'avons en effet aucune vision sur les risques de mortalité liés à certains groupes de personnes. Le virus sera-t-il plus dangereux pour les personnes âgées que les jeunes ? Les personnes souffrant de problèmes pulmonaires et/ou cardiovasculaires seraient-elles plus sévèrement touchées ou non ? Il semble prudent d'attendre de disposer de données épidémiologiques supplémentaires avant d'adopter des modèles définitifs de priorisation.

---

<sup>18</sup> "Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza", voir: [www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_EPR\\_GIP\\_2007.2](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2)

Pour l'instant, nous pouvons énoncer quelques généralités à ce sujet, en répétant qu'il n'y a pas de réponse « correcte » à cette question. On peut d'ores et déjà affirmer que les personnes ayant acquis une résistance naturelle seront bien entendu dépriorisées. S'il devient évident que certains groupes de population courent un plus grand risque d'infection et d'issue fatale, ils seront priorisés à condition qu'il s'agisse de personnes disposant d'une certaine qualité de vie. Dans le projet Éthique et Pandémie au Minnesota (voir ci-dessous), il est déconseillé de tenir compte de la qualité de vie, principalement parce que l'appréciation de ce critère par le prestataire de soins peut être des plus subjectives. Il semble néanmoins raisonnable d'offrir au prestataire de soins la possibilité d'en tenir compte, dans une certaine mesure et conjointement à d'autres critères. Ainsi, la priorisation de patients en soins palliatifs paraît peu judicieuse, tout comme celle de personnes démentes, surtout lorsque leur démence s'accompagne de souffrances psychiques, comme c'est souvent le cas. De même, il ne paraît guère sensé de prioriser des personnes souffrant d'une dépression immunitaire, puisque la vaccination ne garantit pas une meilleure résistance dans cette occurrence.

Lors de l'établissement de critères de priorisation, il convient de tenir compte d'au moins deux points de vue éthiques, parfois antagonistes : l'utilitariste et l'égalitariste. Même si chaque individu a, éthiquement parlant, des droits identiques à la protection, il n'en reste pas moins nécessaire de veiller à ce que la société puisse continuer à fonctionner, comme nous l'avons déjà explicité. Nous ne parlons pas ici du maintien de la rentabilité économique, qui n'est plus une priorité dans le cas d'une pandémie. Nous voulons dire qu'il faut en l'occurrence tenir compte des fonctions sociétales réelles de chacun, afin que les prestataires de soins et les personnes impliquées dans la fabrication du vaccin et son transport puissent continuer à travailler, mais aussi à ce que les autres besoins de base soient satisfaits. La simple priorisation des enfants par exemple, en raison du principe « fair innings », ne tient la route que si un nombre suffisant d'adultes survit également pour faire fonctionner les rouages de la société sur le plan social, commercial, éducatif, culturel, scientifique, médical, etc. Nous présenterons ci-après (4d) le projet Minnesota qui, selon les membres du Comité consultatif, répond le mieux à nos considérations éthiques.

#### *4.c. Dépriorisation*

Le problème de la dépriorisation se pose surtout pour certains patients hospitalisés. Il peut s'avérer nécessaire de déprioriser certains de ces malades au profit d'autres, en ce qui concerne la prise en charge ou la mise sous respirateur. Cette dépriorisation devrait s'articuler idéalement sur certains outils d'aide à la décision, qui offrent des points de repère et des critères de pondération au personnel soignant au moment de prendre des décisions collégiales difficiles. Il importe en effet que la décision de priver un patient d'un respirateur au profit d'un autre soit prise collégalement, même si elle demeure de la responsabilité finale du médecin en charge du service.

Les membres pensent néanmoins qu'il faut réfléchir aux implications éthiques de la dépriorisation dans les soins de deuxième et de troisième ligne. Les marches à suivre varient cependant. Le « fair

innings argument » privilégie les jeunes malades, partant du principe qu'ils ont plus le droit à d'autres années de vie que ceux qui ont déjà vécu un certain temps.

Le Comité consultatif suisse de Bioéthique plaide pour sa part en faveur d'une politique du « premier arrivé, premier servi », du moins dans une première phase. S'il n'est plus possible de prendre tout le monde en charge pendant une deuxième phase, ceux qui sont au plus mal doivent continuer à recevoir des soins. Enfin, dans une troisième phase, s'il est devenu impossible d'aider tous les patients grièvement atteints, il faut accorder la priorité à ceux qui ont les meilleures chances de survivre grâce au traitement. Cette façon de procéder correspond grosso modo à l'approche habituellement suivie dans les services de soins intensifs et au point de vue du Comité consultatif.

En ce qui concerne l'usage de médicaments antiviraux pour le traitement de patients symptomatiques, des mesures de dépriorisation (ou de priorisation) ne sont pas indiquées.

Si une pénurie d'antiviraux apparaît, certains malades seront éventuellement mis « sur la touche », si d'autres personnes sont atteintes avant eux par la maladie pandémique. Le Comité soutient l'idée que tous les patients en mesure de l'être (moins de 48 heures après l'apparition des symptômes) puissent être traités. A cette fin, il faut veiller à ce que l'on puisse toujours disposer d'antiviraux en quantités suffisantes et que le stock soit complété au besoin (voir ci-dessus).

#### *4.d. Le projet « Éthique et Pandémie au Minnesota »*

Les membres du Comité consultatif peuvent se rallier au « Minnesota Pandemic Ethics Project »<sup>19</sup> élaboré par le « Minnesota Center for Health Care Ethics » et la « University of Minnesota Center for Bioethics », en collaboration avec les citoyens intéressés et des représentants de la vie associative.

Le cadre éthique proposé dans le Projet Ethique et Pandémie au Minnesota tente de répondre à trois objectifs : la protection de la santé publique, à savoir la limitation de la mortalité et de la morbidité grave ; la préservation de la sécurité publique et de l'ordre public ; le traitement équitable des populations assorti de la reconnaissance de l'équivalence morale de tous les individus. Les mesures prises doivent chercher à limiter la désorganisation des soins de santé de base, de la santé publique, de la sécurité publique et des infrastructures vitales. Les mesures à prendre doivent dès lors essayer de réduire les différences significatives de mortalité et de morbidité grave entre différents groupes de population et, dans la mesure du possible, d'assurer à tout le monde un accès décent aux ressources disponibles. Mais elles doivent aussi compenser les risques que les aidants acceptent de courir pendant l'exécution de leur travail au service d'autrui.

---

<sup>19</sup> D.E. Vawter et al, "For the good of us all : ethically rationing health resources in Minnesota in a severe influenza pandemic", Preliminary Report for the Minnesota Pandemic Ethics Project, January 30, 2009, Minnesota Center for Health Care Ethics & University of Minnesota Center for bioethics + companion report: D.A. DeBruin, "Implementing ethical frameworks for rationing scarce health resources in Minnesota during severe influenza pandemic", January 30, 2009 (à consulter via [www.ahc.umn.edu/mnpanflu](http://www.ahc.umn.edu/mnpanflu)).

Tant que l'on ne dispose pas d'une quantité de vaccins suffisante pour vacciner l'ensemble de la population, les personnes qui ont surmonté la maladie et développé des anticorps ne sont pas vaccinées. Les personnes allergiques au vaccin – aux œufs par exemple, si le vaccin est mis au point à partir d'œufs – ne sont pas vaccinées. Les personnes immunodépressives n'entrent pas en considération, pas plus que les patients pour lesquels il y a tout lieu de présumer qu'ils décéderont dans un bref délai d'une autre maladie ou pour lesquels il existe d'autres méthodes de protection satisfaisantes.

Les critères de priorité consistent en différentes combinaisons des caractéristiques suivantes: risque élevé de maladie grave ou de décès à la suite de la grippe ; réponse immunologique acceptable ; rôle clé rempli dans le soutien aux soins de santé de base, à la santé publique, à la sécurité publique ou à d'autres fonctions primordiales (« travailleurs clés ») ; risque d'infection par exposition professionnelle ; risque de transmettre la grippe aux groupes présentant un risque élevé de mortalité ou de morbidité liée à la grippe ; éventuellement âge.

Pour ce qui est de la distribution des maigres réserves de vaccins pandémiques, le Projet Ethique et Pandémie au Minnesota propose une démarche axée sur deux pistes. La première fait des recommandations à propos de la distribution du vaccin chez les « travailleurs clés », la seconde suggère la marche à suivre au sein de la population générale. La répartition du nombre de vaccins entre ces deux « pistes » doit être déterminée par des facteurs épidémiologiques au cours même de la pandémie. Au Minnesota, la taille du groupe des « travailleurs clés » est estimée à environ 5 % de la population.

S'il n'y a qu'un nombre très limité de doses de vaccin disponibles, on vaccine uniquement les « travailleurs clés » présentant un risque élevé disproportionné (par exemple, les membres du personnel travaillant dans une unité de soins intensifs où des malades de la grippe sont soignés). Dans cette phase, aucun vaccin n'est administré aux personnes relevant de la population générale.

Si on dispose d'un nombre un peu plus grand de doses de vaccin, les doses disponibles sont réparties parmi les « travailleurs clés » à haut risque d'exposition (par exemple, les travailleurs de la santé en contact direct avec des patients qui présentent eux-mêmes un risque élevé de morbidité et de mortalité). Dans la population générale, le vaccin est distribué aux personnes à très haut risque de maladie grave et de décès dont on peut attendre qu'elles possèdent une bonne réponse immunologique au vaccin.

Lors d'une disponibilité accrue de doses, les « travailleurs clés » irremplaçables sont vaccinés indépendamment de leur risque personnel de décès ou de complications. D'autres « travailleurs clés » dispensant des soins à des personnes à risque élevé de complications sont également vaccinés.

Le vaccin est distribué aux personnes de la population générale qui courent un grand risque de décès ou de complications graves.

Lors d'une disponibilité encore plus accrue de doses, tout le lot de vaccins est affecté à la population générale. Cette étape donne la priorité à deux groupes : les personnes à haut risque de complications dues à la grippe qui présentent une réponse immunologique *acceptable* (par opposition à « bonne ») et, éventuellement (si l'âge est admis comme critère acceptable), les groupes d'enfants à risque modéré.

Finalement, et avant la vaccination généralisée, la priorité est donnée aux adultes qui présentent un risque modéré de complications liées à la grippe et une réponse immunologique *acceptable*. Si le critère de l'âge n'est pas admis pour définir la hiérarchie des priorités, toutes les personnes (quel que soit leur âge) présentant à la fois un risque modéré de complications liées à la grippe et une réponse immunologique au vaccin présumée acceptable, relèvent de cet échelon.

Les auteurs du projet Minnesota estiment que la meilleure façon de répartir équitablement des ressources peu abondantes consiste à combiner, d'une part, une segmentation de la population suivant une certaine hiérarchie et, d'autre part, un processus de répartition par tirage au sort (loterie) au sein de chaque échelon. La hiérarchie est déterminée sur la base de critères médicaux et non médicaux.

Les critères médicaux sont les facteurs qui conditionnent le risque de complications graves de la grippe, à condition que l'on puisse s'attendre à ce qu'une personne donnée réagisse favorablement aux moyens mis en œuvre.

Les critères non médicaux comprennent la « réciprocité », un rôle clé rempli dans la société, d'un côté et l'âge d'un autre côté.

La « réciprocité » signifie que certains groupes qui, du fait de l'exercice de leurs activités (à titre professionnel ou bénévole), acceptent de courir un grand risque d'infection, reçoivent dans une certaine mesure un traitement de faveur par le biais de l'affectation de ressources rares pour les protéger ou les guérir.

L'idée d'accorder également la priorité aux personnes qui jouent un rôle irremplaçable dans l'accomplissement de fonctions présentant une nécessité vitale pour la société, est défendable dans la mesure où la vie de beaucoup d'autres personnes peut dépendre de la capacité de ces « travailleurs clés » à continuer d'assumer leurs fonctions.

Une fois définis les groupes clés et les catégories de la population générale à prioriser pour des raisons médicales, à l'intérieur de ces deux groupes, aussi longtemps qu'il n'y a pas suffisamment de vaccin disponible pour tous, il est possible d'affiner la sélection en introduisant de nouveaux critères tels que, par exemple, la tranche d'âge. Il peut être décidé de donner une égale chance par tranche d'âge. Dans chaque tranche (enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes matures, troisième et quatrième âge) on décide de vacciner le même pourcentage de personnes. Il n'empêche qu'il reste possible qu'il faille encore sélectionner à l'intérieur de ces différents groupes. Dans le projet du Minnesota, il est proposé de faire jouer le hasard dans la sélection et de soumettre celle-ci à un quelconque procédé de loterie. On peut s'appuyer sur un système largement utilisé dans certaines types de recherches où pour avoir un échantillon représentatif

d'une population on retient sur une liste alphabétique p. e. chaque troisième personne ou on peut imaginer un système basique de tirage au sort.

Si l'arbitraire de la sélection par le hasard peut rencontrer des réticences d'un point de vue éthique – le CCNE les explicite dans son avis précité – il n'est pas pour autant démontré, qu'un autre moyen de sélection est plus juste ou plus équitable, dans une situation de précarité. Les membres du Comité ne s'y opposent pas, par principe.

## **5. Solidarité intra- et internationale**

Comme indiqué dans le "Bellagio Statement of Principles"<sup>20</sup> en juillet 2006, les groupes et individus défavorisés sont les plus sévèrement touchés par les épidémies.

En accord avec le groupe Bellagio, les membres du Comité estiment qu'il faut prendre les mesures de solidarité requises à chaque phase, pré-pandémique et pandémie, afin d'éviter une pandémie et, si cette tentative échoue, d'augmenter les chances de survie de chacun.

En ce qui concerne la phase pré-pandémique, il est d'ores et déjà évident que tous les pays n'éliminent pas avec le même zèle tous les foyers de grippe aviaire. De même, les foyers d'infection ne sont pas signalés avec la même minutie à travers le monde. Dans les pays en voie de développement, les citoyens songent souvent d'abord à leur survie économique avant de réfléchir aux risques sanitaires qu'ils encourent, tant pour leur propre vie que celle d'autrui. L'élimination d'une dizaine de poulets potentiellement contaminés dans un village africain condamne les propriétaires à la famine. Dans les pays plus riches, les éleveurs de volaille savent que s'ils signalent un foyer, ils perdront tout leur élevage et certains réfléchissent dès lors à deux fois avant de le faire. Dans certaines régions, où les oiseaux font partie de l'offre touristique, on est prêt à dissimuler des oiseaux potentiellement infectés pour éviter la dégradation de la situation économique dans la région!

Pour prévenir une pandémie, il semble donc non seulement souhaitable que tous les intéressés comprennent le danger réel des foyers de grippe aviaire, mais aussi que l'État couvre les pertes subies par les intéressés. Dans les pays plus riches, il faut en outre veiller à ce que les régions frappées par ces pertes soient protégées contre la récession économique. Dans les pays en voie de développement, il s'impose de protéger aussi bien les individus que l'économie locale.

Les moyens envisageables pour couvrir lesdites pertes dépendent bien entendu des possibilités financières des différents États. Ces possibilités diffèrent considérablement à travers le monde. La solidarité internationale semble dès lors la seule et unique réponse éthique. Et cette solidarité est d'autant plus souhaitable qu'elle pourrait combattre l'apparition d'une pandémie : elle revêt donc aussi un sens pratique.

---

<sup>20</sup> [www.hopkinsmedecine.org/bioethics/bellagio](http://www.hopkinsmedecine.org/bioethics/bellagio)

Pendant la phase 4, lorsque la transmission interhumaine du virus est constatée, le monde entier a intérêt à ce que ces foyers infectieux humains ne se propagent pas au-delà des frontières du pays concerné. Tous les pays ne disposent cependant pas des moyens requis pour combattre une épidémie. À l'instar du Nederlandse Gezondheidsraad, nous sommes enclins à proposer que tous les patients et les personnes qui ont été en contact avec eux soient traités sur-le-champ à l'aide d'antiviraux. Le problème de la différence de moyens financiers se pose également. Les pays plus riches ont une fois encore tout à gagner à contribuer à une prise en charge adéquate des premières personnes infectées, où qu'elles se trouvent dans le monde.

Enfin, si la pandémie devient réalité, nous devons nous demander si le principe d'égalité s'applique également en dehors de nos frontières. Pouvons-nous prendre le risque de voir certains groupes de population entièrement décimés ou encore plus démunis d'un point de vue économique ? Ces questions se posent avec d'autant plus d'acuité que nous savons que dans certains pays ou continents, des groupes de population autochtones n'ont guère – voire pas – de résistance contre la grippe et seront peut-être encore plus sensibles au virus de la grippe aviaire. Le principe d'égalité et le principe de précaution ne désignent-ils pas justement ces groupes comme étant prioritaires pour l'administration du vaccin, pour autant qu'ils soient joignables ? Dans tous les cas, les pays où vivent encore de telles tribus doivent réfléchir aux moyens de les préserver de la contamination et de les soigner le plus efficacement possible si elles sont contaminées.

## **V. Conclusions et recommandations**

En réponse aux questions posées par Madame Onkelinx, Ministre de la Santé publique, les membres du Comité estiment que la population doit avant tout savoir comment réagir en cas d'épidémie et, surtout, quelles mesures elle doit prendre, à l'échelon individuel, pour éviter une épidémie. Il faudra également lui faire prendre conscience que, dans certains cas, les moyens disponibles ne sont pas illimités et que certaines personnes peuvent être (dé)priorisées dans le cadre des soins ou de la vaccination.

Pour pouvoir compter sur une collaboration adéquate de la population séjournant en Belgique, il semble souhaitable de l'impliquer le plus possible dans la prise des décisions relatives à la priorisation et la dépriorisation. Nous nous référons ici au projet élaboré au Minnesota, qui a vu le jour grâce à la collaboration de groupes de citoyens et de représentants de la vie associative. Le Comité est favorable à l'idée d'instaurer une telle collaboration en Belgique, en tenant compte de la nécessité de représenter également les groupes qui vivent en marge de la société, notamment les personnes en séjour illégal et les sans-abri.

Il est souhaitable de prioriser les travailleurs des soins de santé, c'est-à-dire le personnel qui est d'office ou de façon volontaire en contact avec des patients atteints de la grippe. Toutefois, ces personnes doivent pouvoir compter sur des mesures allant au-delà de la priorisation et il paraît utile de faire le nécessaire pour protéger leur famille contre les risques de contamination qu'ils

représentent, de même qu'envers les conséquences dévastatrices qu'entraînerait leur incapacité de travail ou – a fortiori – leur décès.

Il faut également veiller à prioriser d'autres travailleurs clés puisque le maintien des infrastructures de base sert l'intérêt de la société toute entière.

En outre, le Comité pense qu'il faut, au préalable, déployer tous les moyens envisageables pour éviter et/ou limiter l'expansion de la maladie. Il soutient la constitution de stocks suffisants de masques chirurgicaux et respiratoires pour éviter la contamination. D'un point de vue éthique, il semble en effet inacceptable d'économiser ces dépenses, puisque ces moyens pourront toujours être utilisés après la pandémie, le cas échéant, et que leur usage généralisé peut limiter la propagation de la maladie, ce qui permettra peut-être d'éviter tout ou en partie l'éventuelle dépriorisation de patients hospitalisés.

Le Comité considère qu'il est impératif de rappeler dans le présent avis que l'éducation précoce des jeunes générations à l'hygiène, en particulier mais non exclusivement des mains, demeure non seulement un moyen efficace et économe de salubrité mais en plus, une mesure d'éducation civique indispensable.

Il semble également souhaitable d'inciter tous les généralistes à administrer le vaccin anti-pneumococcique à leurs patients, qui peut leur éviter les complications de la grippe les plus fréquentes.

Il faut en outre s'intéresser aux dispositions légales relatives au placement en quarantaine ou la mise en isolement de personnes : ces dispositions ne sont pas toujours claires, et sont en partie basées sur la législation fédérale et en partie sur la réglementation des Communautés. Il est recommandé de développer le projet de « loi-cadre Influenza » suffisamment tôt pour que la précipitation dans une situation de crise puisse être évitée.

Si une grande partie de la population est frappée par la grippe pandémique, malgré toutes ces mesures de précaution, les membres du Comité pensent qu'il faut tout mettre en œuvre pour soigner les malades à domicile et leur fournir les doses nécessaires de médicaments antiviraux. Et s'il apparaît que les stocks prévus sont insuffisants pour soigner tous les patients contaminés, les membres pensent qu'il faut exploiter la possibilité de licence obligatoire afin de pouvoir se procurer le plus rapidement possible de l'ozeltamivir meilleur marché. Les membres soutiennent l'idée que l'on offre la possibilité aux soignants de décider eux-mêmes s'ils souhaitent prendre des antiviraux à titre prophylactique ou non.

Si les hôpitaux sont surchargés ou manquent de respirateurs, les patients les plus sévèrement atteints seront priorisés. La priorité sera ensuite accordée à ceux qui ont les meilleures chances de survivre.

Le Comité est d'avis de prévoir le budget requis pour acheter le vaccin pandémique dès qu'il sera disponible, où que ce soit dans le monde. Si l'on ne dispose que de petites quantités de vaccin, les

membres proposent – à l’instar de ce qui a été défini au Minnesota – d’adopter une politique à deux voies : les travailleurs clés qui ne sont probablement pas encore immunisés et qui devraient bien réagir au vaccin sont priorités. Lorsqu’on a la certitude que suffisamment de travailleurs clés sont protégés pour répondre aux besoins fondamentaux de la société, un nombre proportionnel d’autres travailleurs clés et de citoyens ordinaires sont vaccinés, en fonction du risque de morbidité et de mortalité qu’ils présentent à ce moment-là. Au sein des deux groupes, la sélection peut s’effectuer au besoin sur la base d’un principe de tirage au sort, jusqu’à ce que toute la population puisse être vaccinée.

Enfin, le Comité soutient l’idée qu’il faut consacrer une partie des budgets disponibles à la recherche épidémiologique d’une part et organisationnelle en soins de santé d’autre part, à large échelle.

Il semble également pertinent de stimuler la recherche en médecine générale, particulièrement dans le domaine des soins de première ligne et de l’application des mesures d’un plan opérationnel édicté par des autorités dans l’optique d’une pandémie ou de toute autre crise sanitaire.

-----

L'avis a été préparé en commission restreinte 2008/2 composée de :

Coprésidents	Corapporteurs	Membres	Membre du Bureau
M. Eisenhuth	M. Roelandt	M. Baum	M. Dupuis
M. Hiele		A. Dieudonné	
		M. Jacquemain	
		G. Lebeer	
		G. Leunens	
		R. Rega	

#### Secrétariat

Lieven Dejager

#### Experts auditonnés

- Monsieur M. Van Ranst, professeur extraordinaire, chef du Département de « Virologie clinique et épidémiologique » de la KULeuven et Délégué Interministériel Influenza
- Monsieur Ph. Burette, chargé de cours au Département Universitaire de Médecine Générale, Faculté de Médecine - Université de Liège
- Monsieur D. de Beer, chargé de cours à la Faculté de droit aux Facultés Universitaires Saint-Louis à Bruxelles.

Les documents de travail de la commission restreinte 2008/2 - questions, contributions personnelles des membres, procès-verbaux des réunions, documents consultés - sont conservés sous formes d'Annexes 2008/2 au centre de documentation du Comité, et peuvent y être consultés et copiés.

Cet avis est disponible également sur [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth).

-----