

La solidarité dans l'éthique et la pratique de la santé publique : conceptions, usages et implications

Juillet 2015

Introduction

Le concept de solidarité est de plus en plus évoqué lorsqu'il est question des principes et des valeurs qui devraient guider les pratiques éthiques des acteurs de la santé publique¹. Réfléchir aux enjeux éthiques spécifiques à la solidarité dans le contexte de la pratique de la santé publique semble intéressant parce qu'il s'agit d'un concept qui concerne en premier lieu des groupes ou des communautés de personnes. En ce sens, la solidarité serait pour certains auteurs une valeur plus adaptée à jouer un rôle central en éthique de la santé publique que des valeurs plus individualistes, comme l'autonomie, habituellement considérées comme centrales en éthique biomédicale ou clinique (Baylis, Kenny et Sherwin, 2008; Dawson, 2011a; Prainsack et Buyx, 2011). C'est pourquoi la solidarité est fréquemment mentionnée dans les cadres de référence utilisant des valeurs ou des principes pour aider à guider les délibérations éthiques propres aux enjeux plus collectifs de la santé publique (p. ex., Baylis *et al.*, 2008; Childress *et al.*, 2002; Coughlin, 2008; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2007; Public Health Ontario, 2012; Singer *et al.*, 2003; Tannahill, 2008; Thompson, Faith, Gibson et Upshur, 2006; Upshur *et al.*, 2005; Willison *et al.*, 2014; World Health Organization [WHO], 2014). Pourtant, comme le mentionnaient Prainsack et Buyx, « le terme "solidarité" n'est pas utilisé de façon cohérente en bioéthique » (2011, p. 36, traduction libre) ni, pourrions-nous ajouter, en éthique de la santé publique.

Notre objectif dans ce document est d'éclairer le concept de solidarité, les différents usages qui en sont faits et les implications morales qui lui sont attribuées lorsqu'il est traité comme une valeur ou un principe pour guider les actions. En mettant en lumière les composantes centrales et les dimensions plus variables de la solidarité, notre but est d'aider les praticiens à réfléchir à leur propre interprétation du concept de solidarité et aux manières dont ils l'utilisent ou pourraient l'utiliser dans leur pratique. Considérer les multiples interprétations de la solidarité peut aussi faciliter les discussions et les délibérations entre collègues en permettant de mieux cerner les différences de perspectives et de s'orienter à travers celles-ci. Nous n'avons donc ni l'objectif de proposer LA bonne définition de la solidarité pour la santé publique ni celui de départager les usages légitimes et illégitimes du principe de solidarité.

Si la solidarité apparaît souvent parmi les principes inclus dans les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique, il est plus rare de trouver des réponses aux questions « pourquoi le principe de solidarité est-il pertinent? » et « comment l'utiliser? ». Nous espérons également que ce document apportera des éléments de réponse à ces questions.

Le document est structuré comme suit :

- Section 1 – Qu'est-ce que la solidarité?
- Section 2 – Comment le principe de solidarité a-t-il été utilisé dans l'éthique et la pratique de la santé publique?
- Section 3 – Les dimensions de la solidarité
- Section 4 – Mise en pratique : étude de cas et questions

¹ À titre d'exemple de l'intérêt grandissant pour le concept de solidarité en éthique de la santé publique et en bioéthique, mentionnons : 1) le rapport *Solidarity: Reflections on an emerging concept in bioethics* écrit par Prainsack et Buyx (2011) pour le Nuffield Council on Bioethics; 2) le numéro spécial de la revue *Bioethics* (2012, vol. 26, n° 7) consacré au rôle de la solidarité en

bioéthique; et 3) le numéro spécial de la revue *Diametros* (2015, vol. 43) portant sur la solidarité et la justice dans les systèmes de soins de santé. Comme ce dernier numéro spécial est paru tout juste avant la publication du présent document, les articles qu'il contient n'ont pu être pris en considération. Nous invitons les lecteurs à consulter ce numéro spécial à l'adresse suivante : <http://www.diametros.jphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/issue/view/45>



Les lecteurs qui souhaitent seulement avoir un aperçu de ce qu'est la solidarité, lire une étude de cas et consulter des questions visant à faciliter sa mise en application peuvent sauter directement aux questions et au résumé présentés dans les boîtes de la section 3, puis lire la section 4. Ils peuvent aussi se référer au document plus synthétique accessible à l'adresse suivante : [http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_Re](http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_ResumeSolidarite_Fr.pdf)
[sumeSolidarite_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_ResumeSolidarite_Fr.pdf)

Section 1 – Qu'est-ce que la solidarité?

Le terme « solidarité » est utilisé autant pour référer à la cohésion des groupes, à certaines pratiques d'entraide ou de coopération, à des arrangements institutionnels et aux luttes ouvrières ou de libération que pour traiter de certains sentiments, actions, responsabilités, obligations ou valeurs civiques, légales ou morales. En éthique, la solidarité est conceptuellement très près, entre autres, de la réciprocité², de l'équité, de la justice sociale et de la justice distributive. Les significations qui lui sont attribuées sont nombreuses et les domaines dans lesquels on l'utilise sont vastes. La question s'impose donc : qu'est-ce que la solidarité?

L'usage courant du terme « solidarité » réfère à une « relation entre personnes ayant conscience d'une communauté d'intérêts, qui entraîne, pour les unes, l'obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance » (Petit Robert, 2014, « Solidarité »). En bioéthique, Prainsack et Buyx proposent que « [l]a solidarité désigne des pratiques partagées exprimant un engagement collectif à l'effet d'assumer un "coût" (financier, social, émotionnel ou autre) pour assister les autres », et ce, que les membres solidaires anticipent ou non un avantage personnel en retour (2011, p. 46, traduction libre).

Ces deux définitions mettent en lumière au moins trois composantes centrales du concept de solidarité. La solidarité est :

- un **concept relationnel**;
- qui est **descriptif** (c'est-à-dire qu'il réfère à des individus ou à des groupes qui partagent quelque chose — une **similarité** ou une **interdépendance**, selon les interprétations);

- et qui est **normatif** (c'est-à-dire qu'il réfère aux obligations morales des individus et des groupes).

La présence d'obligations morales indique effectivement que la solidarité n'est pas seulement un concept descriptif (c'est-à-dire parlant de **ce qui est** ou de ce que nous faisons), mais aussi un principe normatif ou prescriptif (c'est-à-dire qu'il porte sur **ce qui devrait être** ou ce que nous devrions faire). Les interprétations divergentes de ces composantes centrales permettent d'expliquer certaines des variations dans les significations attribuées au concept de solidarité. Nous nous attarderons donc brièvement, tour à tour, à celles-ci.

UN CONCEPT RELATIONNEL

L'idée selon laquelle « la solidarité est essentiellement un concept relationnel » (Meulen et Wright, 2012, p. 367, traduction libre) fait consensus. On dit en effet d'une communauté, d'un groupe ou d'un État qu'ils sont solidaires avec d'autres collectivités, voire qu'ils sont solidaires parce que leurs membres sont solidaires les uns avec les autres ou qu'ils ont institutionnalisé des pratiques exprimant la valeur de la solidarité. On dit aussi d'une personne qu'elle est solidaire avec d'autres personnes ou avec une collectivité, par exemple, mais pas d'une personne qu'elle est solidaire avec elle-même. La solidarité concerne ainsi les liens et les obligations entre les membres de groupes (p. ex., entre les citoyens d'un même État), mais aussi entre ces membres et les groupes auxquels ils appartiennent (p. ex., entre les citoyens et leur État; Scholz, 2008).

UN CONCEPT FONDÉ SUR LA SIMILARITÉ OU L'INTERDÉPENDANCE

À la question « qu'est-ce qui nous rassemble ou devrait nous unir en un groupe solidaire? », la plupart des auteurs répondent en listant des caractéristiques qui sont ou devraient être partagées par les personnes (ou les groupes) solidaires. Pour ces auteurs, la solidarité serait ainsi basée sur une forme de similarité qui transcende les différences jugées non pertinentes. Dans la littérature, on parle notamment de personnes partageant une même situation (sociale, financière, etc.), un même destin, une pratique, un territoire, un risque ou une vulnérabilité, un intérêt, une cause morale ou

² Pour en apprendre davantage sur la réciprocité, vous pouvez consulter Keeling et Bellefleur (2014).

politique, une culture, un ensemble de valeurs, de croyances et d'opinions, ou encore des expériences similaires. Le ou les critères retenus pour déterminer ce que ces personnes doivent avoir en commun délimitent alors l'étendue potentielle du groupe solidaire.

Pour certains auteurs, l'homogénéité doit être très forte à l'intérieur d'un groupe pour que celui-ci puisse être considéré comme solidaire. Par exemple, l'OMS définit les individus solidaires comme des individus qui sont « fermement unis par des responsabilités et des intérêts communs, et ne sont divisés ni par leur opinion, ni par leurs objectifs, ni par leur action » (OMS, 2007, p. vi). Cette grande homogénéité que présupposent certaines conceptions de la solidarité a été critiquée au nom du respect de la différence, de la diversité, de la perspective critique et de la dissidence (p. ex., Butler, 1990, dans Dean, 1996). À l'autre extrémité du spectre, on retrouve des auteurs pour lesquels la solidarité est compatible avec une hétérogénéité assez forte. Par exemple, selon Prainsack et Buyx (2011), on peut interpréter le geste d'une personne qui prête son téléphone à un inconnu comme un geste de solidarité si les deux personnes courent un risque similaire de manquer leur avion. Entre les deux perspectives, on retrouve une vaste gamme de conceptions de la solidarité qui reposent sur une certaine similarité par-delà ou en dépit de certaines différences jugées non pertinentes. Ces conceptions de la solidarité sont ainsi compatibles, à divers degrés, avec une certaine inclusion de la diversité et une perspective critique sur les opinions, les buts et les actions des autres et du groupe.

Une autre approche répond à la question « qu'est-ce qui nous rassemble ou devrait nous unir en un groupe solidaire? » en insistant davantage sur les liens d'interdépendance entre les personnes et moins sur leurs similarités (p. ex., Young, 2000). Le concept d'interdépendance met de l'avant « la notion selon laquelle notre bonne ou mauvaise fortune, nos réussites ou nos échecs ne sont jamais complètement "les nôtres" » (Robertson, 1998, p. 1427, traduction libre). Pour ces auteurs, nous vivons dans des communautés qui déterminent en grande partie le champ des réalisations qui nous sont possibles. Cette approche reprend l'idée selon laquelle on peut dire « de choses qui dépendent l'une de l'autre, vont, fonctionnent ensemble dans une action, un processus » qu'elles sont solidaires (Petit Robert, 2014, « Solidaire »). L'étendue potentielle du groupe solidaire, selon cette approche,

dépendra des liens d'interdépendance jugés pertinents pour appartenir au groupe.

UN CONCEPT À LA FOIS DESCRIPTIF ET NORMATIF

Le concept de solidarité permet, entre autres, de caractériser ou de qualifier le type ou le degré de cohésion sociale dans certains groupes. On s'en sert alors pour décrire les groupes ou leurs pratiques. On s'intéresse ainsi à la face descriptive de la solidarité. Considérée de manière descriptive, « la solidarité est une composante de toutes les interactions sociales et politiques; un fait de la vie » (Prainsack et Buyx, 2012, p. 344, traduction libre).

Lorsqu'on se questionne, notamment, sur les obligations morales associées à la solidarité, que ce soit les obligations entre les membres d'un groupe solidaire, entre les membres et le groupe, ou celles touchant la promotion ou la protection de la solidarité, on commence à s'intéresser au **principe de solidarité**, c'est-à-dire à la face normative de la solidarité. La définition mentionnée plus haut fait référence, par exemple, à l'obligation négative de ne pas desservir ou nuire aux autres membres du groupe solidaire et à l'obligation positive de leur prêter assistance ou de les aider (Scholz, 2008). Un des principaux attraits du principe de solidarité en éthique réside dans les obligations positives qui lui sont associées (c'est-à-dire les obligations de faire quelque chose, d'assister ou d'aider), alors que les théories éthiques dominantes ont tendance à se concentrer sur les obligations négatives (c'est-à-dire les obligations de ne pas faire quelque chose, de ne pas nuire ou faire de tort à autrui; Bayertz, 1999).

L'autre grand attrait du principe de solidarité en éthique est qu'il appelle l'attention sur l'importance des groupes, des communautés, des liens sociaux, des pratiques collectives et des biens communs qu'elles rendent disponibles à leurs membres dans un contexte où les éthiques aux fondements individualistes prévalent. L'intégration du principe de solidarité dans les théories éthiques et dans les cadres de référence en santé publique peut ainsi contribuer à l'adoption d'une perspective plus « sociale » en éthique de la santé publique.

Dans la prochaine section, nous examinerons plus en détail ces deux aspects du principe de solidarité qui ont un intérêt particulier pour l'éthique et la pratique de la santé publique, soit les obligations, dont la majorité est positive, et la perspective plus sociale qu'implique ce principe. Dans la section 3,

nous explorerons les dimensions de la solidarité pour donner d'autres points de repère au lecteur désirant s'orienter à travers les différentes conceptions de la solidarité et leurs implications normatives dans la pratique de la santé publique.

Section 2 – Comment le principe de solidarité a-t-il été utilisé dans l'éthique et la pratique de la santé publique?

Dans la première partie de cette section, nous traiterons des obligations morales attribuées au principe de solidarité. Nous examinerons d'abord ces obligations à partir des relations que la solidarité caractérise. L'État (et le système de la santé publique qui en fait partie) aurait ainsi des obligations de solidarité envers les citoyens; les citoyens en auraient envers l'État (ou le système de la santé publique); et les citoyens en auraient aussi les uns envers les autres. Nous nous pencherons ensuite sur le rôle du principe de solidarité lors d'un appel à la solidarité. Dans la deuxième partie, nous expliquerons comment le principe de solidarité peut mener à l'adoption de perspectives plus sociales en éthique de la santé publique. Et dans la dernière partie, nous nous attarderons aux implications normatives de la solidarité dans trois domaines d'action de la santé publique : la pandémie, la santé mondiale et la recherche. Nous traiterons de ces trois domaines parce que la littérature au sujet de la solidarité porte principalement sur ceux-ci, et non parce qu'il s'agit des seuls domaines de la santé publique où la solidarité pourrait être pertinente.

OBLIGATIONS MORALES ET APPEL À LA SOLIDARITÉ

Obligations de l'État ou du système de la santé publique envers les citoyens

Les groupes, les collectivités ou les communautés peuvent avoir des obligations de solidarité envers leurs membres. L'État, et plus particulièrement les institutions et les acteurs de la santé publique, peut ainsi avoir certaines obligations de solidarité envers les citoyens ou les populations sur le territoire dont ils sont responsables. D'ailleurs, dans la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO, 2006), il est écrit que « [l]es États devraient respecter et promouvoir la solidarité entre eux ainsi qu'avec et entre les

individus, les familles, les groupes et les communautés ». On attribue ainsi une valeur morale à la solidarité et on la traite (à l'instar de la justice sociale, de l'équité ou de la santé) comme un bien qu'on doit respecter et dont on doit faire la promotion. Dans la littérature, on fait notamment référence aux obligations suivantes :

- conscientiser les citoyens à propos des similarités qui les unissent (p. ex., les vulnérabilités aux maladies), des intérêts qui les rassemblent (Baylis *et al.*, 2008; Rorty, 1989) et des relations d'interdépendances (à diverses échelles) qui les lient les uns aux autres (Eckenwiler, Straehle et Chung, 2012; Kenny, 2004; Young, 2000);
- conscientiser les citoyens à propos des injustices (Benatar, Daar et Singer, 2003; Eckenwiler *et al.*, 2012; Young, 2000). Pour ces auteurs, nous sommes collectivement responsables de certaines injustices à travers les liens d'interdépendance qui nous lient les uns aux autres et qui imposent des conditions défavorables à certains d'entre nous;
- conscientiser les citoyens à propos des effets de leurs actions sur les autres, dont les générations futures (« **solidarité intergénérationnelle** »; Coote et Angel, 2014);
- développer l'empathie des citoyens devant la souffrance et l'humiliation d'autrui (Benatar *et al.*, 2003; Rorty, 1989);
- protéger les citoyens, et en particulier les plus vulnérables (Brody et Avery, 2009; Meulen et Maarse, 2008; Prainsack et Buyx, 2011; Scholz, 2008);
- favoriser la justice distributive, c'est-à-dire une distribution équitable des risques, des bénéfices et des fardeaux entre les citoyens (Dawson et Verweij, 2012; Eurofound, 2011; Gebauer, 2012);
- favoriser la justice sociale (Dawson et Jennings, 2012; Scholz, 2008), c'est-à-dire un « accès juste aux biens sociaux tels que des droits, des occasions favorables, le pouvoir et le respect de soi » (Baylis *et al.*, 2008, p. 8, traduction libre, référant à Young, 1990);
- protéger les liens sociaux et travailler à briser l'isolement social, notamment en créant des environnements bâtis favorables à la socialisation (Coughlin, 2008; Direction de santé publique de Laval, 2009);

- porter une attention particulière aux personnes marginalisées, stigmatisées ou victimes de discrimination pour tenter de les intégrer comme membres à part entière de la communauté et de les traiter comme des égales (Dean, 1996; Nuffield Council on Bioethics, 2009; Rorty, 1989);
- réduire les inégalités socioéconomiques, qui nuisent à la cohésion sociale en général (Coote et Angel, 2014; Meulen, 1995). On cite à titre d'exemple le fait d'implanter des politiques sociales telles qu'un impôt progressif, un salaire minimum élevé, des logements abordables, des garderies de qualité à prix modique, de bonnes écoles publiques, un système d'assurance chômage, des allocations familiales, un système de pension de vieillesse et un système public et universel d'assurance maladie qui permet à tous d'avoir un accès égal aux soins de santé et à un bon niveau de service, peu importe sa capacité à payer, sa génétique ou son style de vie (Holst, 2012; Meulen, 2011; Meulen, Arts et Muffels, 2001; Meulen et Maarse, 2008; Robertson, 1998);
- favoriser la participation et le traitement égalitaire et respectueux des citoyens dans les actions de santé publique et les processus étatiques, et favoriser leur transparence pour que les citoyens puissent se les approprier comme étant leurs propres actions et processus (Coote et Angel, 2014; Gunson, 2009; Massé, 2003; Thompson *et al.*, 2006);
- éviter les pratiques et les discours diviseurs, qui insistent sur les intérêts particuliers divergents au détriment des intérêts communs. À titre d'exemple, on cite les actions qui limitent l'accès aux services publics en imposant des tarifs qui excluent les plus démunis, de même que les pratiques et les discours qui mettent l'accent sur la responsabilité individuelle sans s'attarder aux causes structurelles ou qui attribuent la responsabilité de certains maux à des groupes traités comme boucs émissaires, comme les personnes à faible revenu ou immigrantes ou certains groupes ethniques (Boccia *et al.*, 2014; Coote et Angel, 2014; Cureton, 2012; Forster, 1982; Massé, 2003; Meulen, 1995; Sass, 1995).

Chacune de ces obligations représente aussi une occasion pour les acteurs de la santé publique d'attirer l'attention sur certains enjeux, comme la justice sociale, l'équité, la transparence, la participation publique et les politiques qui favorisent

les plus démunis. Le principe de solidarité peut ainsi être utilisé comme une lentille, pour rendre plus visibles ces enjeux, ou comme levier, pour rappeler ou démontrer leur importance.

Obligations des citoyens envers l'État ou le système de la santé publique

Si la solidarité fait référence à des obligations morales devant être assumées par le groupe ou la collectivité, elle peut aussi faire référence aux obligations morales des membres envers le groupe. Massé (2003) parle ainsi de la solidarité en tant que « coresponsabilité » entre l'État ou la santé publique et les citoyens. Scholz (2008) utilise l'expression « **solidarité civique** » pour référer précisément aux responsabilités et aux obligations qu'a l'État envers ses citoyens, mais aussi à celles qu'ont les citoyens envers l'État. La littérature mentionne ainsi les obligations suivantes des citoyens envers l'État ou le système de la santé publique :

- faire sa part pour protéger la communauté (Klopfenstein, 2008);
- se protéger des maladies évitables et adopter de saines habitudes de vie, entre autres pour éviter d'être un fardeau économique pour la collectivité (Massé, 2003; Schmidt, 2008);
- coopérer pour promouvoir ou protéger un bien commun (Callahan, 1999; Langat *et al.*, 2011);
- mettre de côté ses intérêts personnels, au moins à court terme, au nom de l'intérêt commun (Langat *et al.*, 2011; Massé, 2003; Upshur *et al.*, 2007);
- ne pas profiter indûment des biens communs en faisant du resquillage (*free-riding*) (Bayertz, 1999; Forster, 1982; Krishnamurthy, 2013; Schmidt, 2008; ten Have et Keasberry, 1992), c'est-à-dire en utilisant plus que sa juste part des biens communs ou en profitant de ceux-ci sans contribuer équitablement à leur maintien. Ce serait le cas, par exemple, lorsqu'une personne tire avantage de l'immunité de groupe pour éviter de se faire vacciner;
- respecter les lois, les règlements, les traditions ou les valeurs qui assurent la cohésion du groupe ou de la communauté (Cureton, 2012; Massé, 2003; Scholz, 2008);
- payer ses impôts et ses taxes (Scholz, 2008).

Lorsque remplies, ces obligations morales facilitent le travail de l'État en général, et des organisations de santé publique en particulier, car elles appuient et complètent leurs efforts. Certains auteurs affirment ainsi qu'au sein d'une société solidaire, il est plus facile de justifier certaines interventions de l'État qui visent le bien commun, car elles risquent moins d'être perçues comme une atteinte à l'autonomie ou aux libertés individuelles (Massé, 2003; Prainsack et Buyx, 2011).

Obligations entre citoyens ou entre membres solidaires

Dans la littérature, la solidarité réfère également à des obligations qu'ont plus directement les membres ou les citoyens les uns envers les autres. On retrouve, par exemple, les obligations suivantes :

- s'entraider (Dawson et Verweij, 2012; Scholz, 2008);
- se tenir unis ou « se serrer les coudes » avec les autres pour surmonter les problèmes auxquels est confrontée la collectivité (Dawson et Verweij, 2012);
- aider ses concitoyens dans le besoin (Massé, 2003);
- accepter de partager équitablement les risques et les bénéfices entre les membres (Dawson et Verweij, 2012);
- protéger les plus vulnérables du groupe (Massé, 2008; Meulen et Maarse, 2008).

Faire appel à la solidarité

Les acteurs de la santé publique font parfois appel à la solidarité pour rappeler aux membres d'une communauté qu'ils ont un devoir moral de s'entraider et de veiller mutuellement à leur santé, en particulier à celle des plus vulnérables, notamment lorsque le groupe fait face à une menace (p. ex., une épidémie ou une vague de chaleur). La citation suivante illustre bien un tel appel à la solidarité :

En ce 2^e jour de canicule, la Direction de santé publique tient à réitérer son appel à la solidarité. [...] S'il est essentiel d'être attentif aux signaux d'alerte que notre corps nous envoie en période de chaleur extrême, il est tout aussi nécessaire de penser aux personnes vulnérables.

(Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2011)

De manière similaire, les praticiens de la santé publique ont fait appel à la solidarité pour rallier « tous les acteurs locaux privés, publics et communautaires » autour d'un objectif commun, soit la réduction des inégalités sociales de santé, car la santé publique « ne peut réaliser seule tout ce qu'elle peut accomplir avec l'ensemble de ses partenaires » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, p. 10). Un appel à la solidarité ayant pour but de renforcer la cohésion d'un groupe ou de former une conscience de groupe en vue d'une action collective peut également venir de l'extérieur de la santé publique, comme dans le cas d'un appel à la solidarité entre « les personnes vivant avec et affectées par le VIH » pour revendiquer « un traitement, une prévention, des soins et un soutien de qualité pour toutes les personnes qui en ont besoin » (Global Network of People Living with HIV, 2013).

ADOPTER UNE PERSPECTIVE PLUS SOCIALE EN ÉTHIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La majorité des cadres de référence en éthique de la santé publique qui incluent la solidarité ne sont pas particulièrement explicites quant à ses implications normatives (p. ex., Baylis *et al.*, 2008; Childress *et al.*, 2002; Coughlin, 2008; OMS, 2007; Public Health Ontario, 2012; Singer *et al.*, 2003; Tannahill, 2008; Thompson *et al.*, 2006; Upshur *et al.*, 2005; WHO, 2014; Willison *et al.*, 2014). Il est néanmoins possible d'interpréter cet ajout de la solidarité comme une manière d'amener la réflexion éthique à prendre davantage en compte les aspects sociaux de nos vies et de la pratique de la santé publique, par exemple en portant une attention particulière aux pratiques et aux liens sociaux, de même qu'aux intérêts et aux biens communs. Souvent, la prise en compte du principe de solidarité se fait sans remettre en cause la place centrale accordée aux individus, à leurs droits et à leurs intérêts, ainsi qu'à l'importance de l'autonomie individuelle en éthique de la santé publique. Autrement dit, l'individu demeure le point de départ de la réflexion éthique sur le bien-fondé et les limites des actions de la santé publique (et de l'État), même si la prise en compte de la solidarité attire l'attention sur les liens sociaux, les efforts collectifs et les biens communs (p. ex., un air et une eau potable de bonne qualité, des infrastructures publiques). Dans cette optique, la solidarité est complémentaire aux autres principes qui informent ou sous-tendent les cadres de référence, tels le respect de l'autonomie, la bienfaisance ou la transparence.

Cette manière d'intégrer le principe de solidarité à l'éthique de la santé publique est critiquée par d'autres auteurs, comme Baylis et ses collègues (2008) et Dawson et Jennings (2012), qui pensent que la solidarité doit jouer un rôle beaucoup plus fondamental. Ces derniers, par exemple, écrivent :

Contrairement à de nombreux auteurs sur ce sujet, nous pensons que la solidarité est un concept profond et enchevêtré, une valeur qui soutient et qui structure la façon dont nous voyons et devrions voir d'autres genres de considérations morales. Cela signifie que nous ne considérons pas la solidarité comme étant quelque chose qui devrait être simplement ajouté à une liste de valeurs.

(Dawson et Jennings, 2012, p. 73-74, traduction libre)

Cette perspective ne se contente pas d'affirmer le caractère primordial de la solidarité, mais elle propose de repenser l'éthique en santé publique en la centrant sur la solidarité. Ainsi, dans une telle perspective, la « solidarité n'est pas un "atout" qui peut l'emporter sur d'autres valeurs, comme le bien-être pourrait l'emporter sur la liberté » (Dawson et Jennings, 2012, p. 76, traduction libre). Pour Dawson et Jennings, la solidarité demande plutôt de repenser l'éthique de la santé publique à partir du caractère essentiellement et irrémédiablement social des personnes, lesquelles sont alors conçues comme étant constituées par leurs liens d'appartenance à des sociétés, à des collectivités et à des groupes. Adopter une telle approche basée sur la solidarité nous inviterait donc « à considérer les actions individuelles dans le contexte de processus structurés dans lesquels les individus ne sont pas considérés isolément, mais en tant que membres d'un groupe ou d'un collectif » (Meulen et Wright, 2012, p. 362, traduction libre). La solidarité demanderait ainsi un changement de perspective en éthique de la santé publique pour que le point de départ ne soit plus l'individu, mais la communauté :

La culture et la société dans lesquelles nous vivons influencent, forment et contrôlent les déterminants de la santé à un degré tel qu'il serait illogique de commencer une analyse de la santé par les individus, par « vous » et « moi ». Nous devrions commencer par nous.

(Dawson et Jennings, 2012, p. 77, traduction libre)

Autrement dit, prendre au sérieux la solidarité remettrait en cause la priorité souvent accordée à des valeurs comme l'autonomie et exigerait de les réinterpréter à partir d'une perspective éthique plus

sociale. Selon celle-ci, la solidarité n'est plus un principe parmi d'autres, mais un principe fondamental qui doit guider l'interprétation et l'application des autres principes et valeurs. Bien qu'on puisse s'intéresser aux déterminants sociaux de la santé sans adopter une telle perspective éthique, il semble y avoir une certaine affinité entre cette dernière et l'approche des déterminants sociaux de la santé. En effet, elles s'intéressent toutes deux davantage aux effets structuraux et aux responsabilités collectives qu'aux actions et aux responsabilités individuelles (Dawson, 2010).

LE PRINCIPE DE SOLIDARITÉ DANS TROIS DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La littérature relative à la solidarité porte principalement sur trois domaines d'action de la santé publique : la pandémie, la santé mondiale et la recherche. Nous nous pencherons tour à tour sur chacun de ceux-ci pour mettre en lumière d'autres implications normatives du principe de solidarité en santé publique. Rappelons que rien n'indique, bien au contraire, que le principe de solidarité ne pourrait pas également être pertinent dans d'autres domaines de la santé publique.

Pandémie

La solidarité joue deux rôles principaux dans la littérature sur les pandémies. D'un côté, on parle d'elle comme d'un élément nécessaire à la santé publique et à la société en général pour qu'il puisse y avoir un front commun en temps de pandémie. Autrement dit, la santé publique doit promouvoir la solidarité si elle veut pouvoir y faire appel lors d'une pandémie. Thompson et ses collègues, par exemple, ont écrit :

Le SRAS [syndrome respiratoire aigu sévère] a accru la prise de conscience mondiale de l'interdépendance des systèmes de santé et de la nécessité d'une solidarité par-delà les frontières systémiques et institutionnelles pour endiguer une maladie grave et contagieuse. Une pandémie de grippe n'exigera pas seulement une solidarité mondiale, mais aussi une vision de la solidarité au sein de et entre les institutions de soins de santé.

(Thompson *et al.*, 2006, tableau 2, traduction libre)

Pour y parvenir, Kotalik (2005) et Thompson et ses collègues (2006) mentionnent l'importance d'inclure la dimension éthique dans les plans de préparation aux pandémies et d'intégrer, comme parties prenantes, le public et les autres organisations de

soins de santé dans la préparation des hôpitaux aux pandémies. Brody et Avery (2009) ajoutent qu'il est important d'inclure le personnel de soutien des hôpitaux et des différents centres de services parmi les parties prenantes. Ces actions visent, notamment, à bâtir la confiance nécessaire entre les parties prenantes et à permettre à celles-ci, et au public en général, de reconnaître ces actions comme étant en quelque sorte les leurs. Krishnamurthy (2013) souligne aussi qu'il est important de traiter les membres de différents groupes (ethniques ou culturels) comme des égaux pour ne pas nuire à la solidarité sociale et aux liens de confiance entre les populations et les agences ou les acteurs de la santé publique, ce qui pourrait réduire l'efficacité des actions présentes et futures de la santé publique en cas de pandémie.

L'autre rôle joué par la solidarité dans la littérature sur les pandémies concerne les diverses obligations morales qui incombent aux personnes et aux organisations lors d'une pandémie, comme les suivantes :

- pour les membres du personnel médical et de soutien, l'obligation de se présenter au travail et de traiter les patients, en solidarité avec leurs collègues, malgré le risque pour eux et leur famille (Brody et Avery, 2009; Klopfenstein, 2008; Upshur *et al.*, 2005);
- pour le personnel médical, le personnel de soutien et les organisations, l'obligation d'accomplir des tâches qui ne sont pas habituellement les leurs, pour coordonner davantage les efforts en vue de contenir la pandémie (Brody et Avery, 2009; Klopfenstein, 2008; Thompson *et al.*, 2006);
- pour le personnel médical et les organisations, l'obligation de collaborer et de coordonner les efforts au-delà des frontières administratives, juridiques et politiques habituelles (Huish, 2014; Upshur *et al.*, 2005);
- pour les hôpitaux et la société en général, l'obligation de mettre en place des mesures assurant la prise en charge des personnes dont est responsable le personnel médical et de soutien pendant que celui-ci fait des heures supplémentaires ou dans l'éventualité où il deviendrait infecté (Brody et Avery, 2009);

- pour la société en général, l'obligation de ne pas stigmatiser le personnel médical et de soutien (Brody et Avery, 2009; Gonsalves et Stanley, 2014);
- pour les chercheurs et les organisations, l'obligation de partager plus librement l'information, les données et les résultats de leurs recherches pouvant contribuer à l'effort collectif (Langat *et al.*, 2011; Thompson *et al.*, 2006);
- pour tous ceux qui peuvent se faire vacciner, l'obligation de le faire pour participer à la création d'une immunité de groupe qui protégera aussi ceux qui ne le peuvent pas (Krantz, Sachs et Nilstun, 2004).

Santé mondiale

La solidarité est aussi mentionnée dans la littérature sur l'éthique de la santé mondiale. Benatar et ses collègues (2003) vont même jusqu'à affirmer :

[La valeur] la plus importante pour l'éthique de la santé mondiale est la solidarité. Sans solidarité, il est inévitable que nous ignorerions les indignités lointaines, les violations des droits de la personne, les iniquités, les atteintes à la liberté, les régimes non démocratiques et la dégradation de l'environnement. Cependant, si un esprit de bienveillance mutuelle peut être développé entre les personnes des pays riches et celles des pays en développement, un changement constructif est possible.

(Benatar *et al.*, 2003, p. 117, traduction libre)

La valeur de la solidarité serait donc, selon eux, la pierre d'assise de l'éthique de la santé mondiale, parce qu'elle exprime minimalement un attachement ou une forme d'empathie envers le sort des autres. En plus de respecter et de faire la promotion de cette valeur à l'échelle mondiale, la solidarité peut demander de coopérer par-delà les frontières nationales :

- pour contrer les épidémies et les pandémies (Huish, 2014; Upshur *et al.*, 2005);
- pour protéger certains biens communs, comme l'environnement, par la mise en place de taxes environnementales, notamment (Benatar *et al.*, 2003);
- pour réduire les inégalités mondiales, par exemple en effaçant les dettes des pays en développement (Benatar *et al.*, 2003; Eckenwiler *et al.*, 2012);

- pour combattre les injustices de toutes sortes (Eckenwiler *et al.*, 2012).

Recherche

La solidarité est également présente en éthique de la recherche et on lui attribue d'autres rôles ou implications que ceux mentionnés dans la section « Pandémie ». Par exemple, Boccia et ses collègues (2014) se servent du principe de solidarité pour attirer l'attention sur la segmentation de la population, dans les recherches en génomique, en groupes distincts présentant différents risques de maladies. Cette segmentation pourrait avoir comme effet non souhaité de nuire à la solidarité entre les groupes moins à risque et ceux plus à risque, laquelle est à la base d'un système public de soins.

Selon Masuda, Poland et Baxter (2010), la solidarité demanderait de privilégier la recherche participative, car ce type de recherche permettrait aux populations étudiées d'orienter les questions en fonction de leurs priorités. Cette approche consiste pour les chercheurs et la population à travailler ensemble vers un but commun, et parfois à coopérer en vue de corriger une injustice.

Enfin, la solidarité a été évoquée par Lyons (2012) dans le cadre de recherches impliquant la participation d'enfants qui ne sont pas en mesure de donner leur consentement. L'auteur propose que la solidarité d'un parent envers d'autres enfants atteints d'une maladie et envers leurs parents puisse contribuer à légitimer la participation de son enfant à des essais cliniques randomisés, même lorsque celui-ci ne peut tirer un avantage de sa participation (p. ex., en ayant accès à un nouveau médicament prometteur).

Section 3 – Les dimensions de la solidarité

Dans la section 1, nous avons présenté la solidarité comme étant un phénomène essentiellement relationnel entre des personnes ou des groupes similaires ou interdépendants, duquel pouvait découler un ensemble d'obligations morales que nous avons parcourues dans la section 2. Dans cette troisième section, nous poussons plus loin l'analyse

pour dégager sept dimensions plus variables de la solidarité. Celles-ci nous permettront d'explorer les différentes significations et implications éthiques qui lui sont attribuées. Pour aider les acteurs de la santé publique à voir certaines de ces implications éthiques dans leur pratique et à s'interroger sur leur propre compréhension de la solidarité, nous proposons également quelques questions au fil du texte.

UNE VALEUR INTRINSÈQUE OU INSTRUMENTALE

La solidarité (ou certaines de ses formes) peut être interprétée comme ayant une valeur morale intrinsèque ou instrumentale³. Si on la conçoit comme ayant une valeur instrumentale, on pense que sa valeur provient des autres biens ou des valeurs qu'elle permet de réaliser, comme la santé ou la justice sociale. Si l'on considère que la solidarité a aussi une valeur intrinsèque, on croit alors que les communautés solidaires et les liens de solidarité ont aussi, au minimum, une valeur en eux-mêmes, peu importe ce qu'ils permettent de faire ou d'accomplir par ailleurs (Cureton, 2012).

Certains pensent que la solidarité n'a qu'une valeur instrumentale, parce qu'elle permet essentiellement aux membres d'un groupe de coopérer pour atteindre plus efficacement un objectif, que celui-ci soit moral ou non (p. ex., Coote et Angel, 2014). Pour discréditer la valeur intrinsèque de la solidarité, ces auteurs montrent ses conséquences négatives possibles. Prenons l'exemple d'un groupe de propriétaires de logements qui sont solidaires entre eux face aux locataires qui se plaignent de l'insalubrité de leurs logements. Cette solidarité pourrait avoir des conséquences potentiellement pires pour les locataires que si les propriétaires n'étaient pas solidaires, ne serait-ce que parce que le groupe solidaire peut être plus efficace pour maintenir le *statu quo*. Un autre exemple est la solidarité pouvant s'exercer entre des hommes au détriment des femmes, sans nécessairement que ceux-ci se rendent compte des différentes pratiques qu'ils mettent en place pour s'octroyer et maintenir certains privilèges aux dépens des femmes. Ces exemples ne cherchent pas à diminuer la valeur morale que peut avoir la solidarité lorsqu'elle sert

³ Si la distinction entre valeurs intrinsèques et instrumentales, telle qu'utilisée dans cette section, est courante, depuis Korsgaard (1983), plusieurs auteurs établissent plutôt une distinction entre les valeurs intrinsèques et extrinsèques, et

entre les valeurs instrumentales et de finalité (aussi appelées finales ou terminales). Selon cette dernière catégorisation, cette section porte sur la solidarité comme valeur de finalité ou instrumentale.

des objectifs moraux, mais à discréditer l'idée que la solidarité aurait aussi une valeur intrinsèque.

Devant ce type de critique, les partisans de la conception intrinsèque de la solidarité pourraient maintenir que ces liens de solidarité ont, au minimum, une valeur morale qu'il faut prendre en compte lorsqu'on envisage de mettre en place une intervention ou un programme qui pourrait leur nuire, quitte à ce qu'une autre valeur ou un autre principe vienne ensuite justifier cette atteinte à la solidarité (p. ex., si la maximisation de la santé ou de la justice sociale n'était possible qu'en affaiblissant ces liens de solidarité). Une autre approche pourrait consister à critiquer ces formes de solidarité au nom d'une solidarité plus inclusive (incluant les locataires, dans le premier cas, et les femmes, dans le second) qui, elle, aurait une valeur intrinsèque.

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- *Les effets de la solidarité en question sont-ils positifs, négatifs ou représentent-ils un mélange des deux?*
- *Si elle a des conséquences négatives, pensez-vous qu'elle a tout de même une valeur morale devant être prise en compte lors de la conception ou de l'approbation d'une intervention pouvant y nuire?*
- *Est-ce qu'une autre forme de solidarité, plus inclusive, devrait plutôt être prise en considération ou promue?*

SOLIDARITÉ DE PROJET OU CONSTITUTIVE

On peut concevoir les groupes solidaires comme des regroupements d'individus autonomes ayant choisi de former des groupes ou d'adhérer à des groupes existants. Selon Rippe⁴, par exemple, la « **solidarité de projet** » concerne la « volonté de personnes n'ayant pas de relations interpersonnelles directes à s'entraider en vue de parvenir à des buts partagés » (Rippe, 1998, p. 356-357, dans Prainsack et Buyx, 2011, p. 34, traduction libre). De manière similaire, Dawson et Verweij (2012) parlent de la « **solidarité rationnelle** », qui réfère aux personnes qui se regroupent pour obtenir un avantage personnel (parfois à long terme) au moyen d'un bien commun

rendu possible par l'effort collectif. On pourrait penser, par exemple, à des regroupements coopératifs, comme les syndicats du blé ou les caisses populaires. Scholz, pour sa part, parle de « **solidarité politique** » lorsque des « [i]ndividus prennent consciemment l'engagement de se joindre à d'autres dans une lutte pour renverser une injustice perçue » (2008, p. 34, traduction libre). Dans ce cas, ajoute-t-elle, l'« unité est basée sur un engagement commun envers une cause » morale ou politique (traduction libre). Dean utilise quant à elle le concept de « **solidarité tactique** » pour parler, de manière similaire, « des coalitions politiques qui sont le fruit d'une rencontre fortuite d'intérêts disparates » (1996, p. 27, traduction libre). Ces conceptions de la solidarité peuvent être comprises à partir du modèle du contrat, par lequel des individus préalablement autonomes décident de se lier les uns aux autres pour arriver à leurs fins. Cette solidarité de projet a une certaine affinité avec une conception libérale, contractualiste ou individualiste des personnes, des groupes et de la société.

Certains groupes solidaires peuvent aussi être conçus comme des milieux sociaux dans lesquels des personnes naissent, grandissent et développent une certaine autonomie, une certaine identité et des préférences façonnées par celles du groupe. Dawson et Verweij (2012), par exemple, parlent de « **solidarité constitutive** » dont l'« existence ne dépend pas d'un consentement, d'une "inscription", de quasi-contrats ou de l'espoir d'obtenir un avantage réciproque ou mutuel » (Dawson et Verweij, 2012, p. 2, traduction libre). Une telle solidarité est plutôt constitutive de l'identité des membres qui se reconnaissent au moins partiellement dans le groupe. Scholz (2008) utilise le concept de « solidarité civique » pour parler des relations et des obligations entre l'État et ses citoyens. Elle utilise également la notion de « **solidarité sociale** », tout comme Rippe (1998), pour désigner la cohésion sociale de plusieurs groupes auxquels les membres actuels n'ont pas nécessairement choisi d'appartenir, tels le village, le quartier et la famille. La solidarité constitutive a une certaine affinité avec l'éthique relationnelle et les théories communautaristes et féministes qui proposent une vision essentiellement et

⁴ Il convient de mentionner que Rippe critique cette conception de la solidarité, qu'il attribue à d'autres. Il maintient plutôt que la solidarité repose sur des « relations interpersonnelles

spéciales » (1998, p. 356-357, traduction libre) antérieures à tout projet. Voir la « solidarité sociale » dans la partie « Liens affectifs ou rationnels ».

irréductiblement sociale des personnes⁵ (Baylis et al., 2008; Kenny, Sherwin et Baylis, 2010). Elle est utilisée notamment par les auteurs qui argumentent en faveur d'une perspective fondamentalement plus sociale en éthique de la santé publique.

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- *La solidarité en question est-elle associée à un projet, politique ou constitutive?*
- *Si la solidarité est fondée sur un projet, quel est-il? Quels effets a-t-il ou aura-t-il? Vise-t-il à renverser une injustice? Rassemble-t-il une coalition d'acteurs contre d'autres coalitions d'acteurs? Qui sont ces coalitions et ces acteurs? Entre les coalitions et à l'intérieur de celles-ci, quels sont les intérêts convergents et divergents? Qu'est-ce qui pourrait faire changer les alliances?*
- *Avant de tenter d'influencer, de critiquer, de dénormaliser ou de bannir une norme suivie par un groupe social, vous êtes-vous demandé si les membres du groupe s'identifient à cette norme? Autrement dit, est-il possible de critiquer cette norme?*

SOLIDARITÉ DÉSINTÉRESSÉE, INTÉRESSÉE OU INTÉRÊT COMMUN

Qu'est-ce qui motive les membres solidaires? La solidarité est habituellement conçue comme étant minimalement intéressée, c'est-à-dire dans l'intérêt des membres solidaires, par opposition à l'altruisme et à la charité, qui reposent habituellement sur l'intérêt exclusif d'autrui. Häyry (2005) représente peut-être l'exception en proposant une **solidarité désintéressée**, laquelle a d'ailleurs été critiquée au nom d'une confusion avec l'altruisme ou la charité (Prainsack et Buyx, 2011). À la suite de Baylis et al. (2008), il est possible de regrouper en deux grandes catégories les principales conceptions de la solidarité qui prennent en compte l'intérêt des personnes solidaires. La première base davantage la

solidarité sur l'intérêt personnel des membres, tandis que la deuxième la fait davantage reposer sur l'intérêt commun.

La **solidarité intéressée**, basée sur l'intérêt personnel de chacun et aussi appelée « **solidarité d'intérêt** » par Meulen (2011), est une conception de la solidarité selon laquelle des individus ou des groupes sont solidaires entre eux pour obtenir un avantage qu'ils ne pourraient pas obtenir ou n'obtiendraient pas aussi facilement seuls⁶. C'est l'usage principal qui est fait de la solidarité dans la littérature sur le droit international, par exemple, où la solidarité réfère à des États qui décident de coopérer pour obtenir un avantage qu'ils n'auraient pu avoir aussi facilement autrement (MacDonald, 1996; Nixon et Forman, 2008). La décision d'être solidaire est ainsi basée sur un calcul instrumental et stratégique, à savoir s'il est probable que le coût associé à la coopération soit un bon investissement. Selon Meulen (2011), la solidarité intéressée mène à une « **solidarité étroite** » ou à une « **solidarité conditionnelle** » qui tend à exclure du groupe ou de la pratique solidaire ceux qui ne contribuent pas à l'effort collectif à la hauteur de l'avantage qu'ils en retirent. Dans le cadre d'un système public d'assurance maladie, par exemple, une solidarité étroite pourrait mener à exclure ou à faire payer davantage ceux qui n'adoptent pas de bonnes habitudes de vie (Meulen et Maarse, 2008). Cette conception étroite ou conditionnelle de la solidarité la rapproche de certaines interprétations intéressées de la réciprocité⁷, dans lesquelles on s'attend à ce que ceux qui reçoivent un avantage contribuent au système en retour (Butler, 2012; Meulen, 2011).

Par opposition à cette conception, la solidarité basée sur l'intérêt commun ou le « **bien-être commun** » (Baylis et al., 2008) ne se limite pas aux actions qui sont avantageuses pour chacun des membres, mais elle n'est pas non plus complètement désintéressée. Meulen (2011) utilise les expressions « **solidarité étendue** » et « **solidarité inconditionnelle** » pour parler des instances de solidarité qui peuvent comprendre des relations moins réciproques ou des

⁵ Ces exemples de solidarités constitutives peuvent également être (et ont été) expliqués à partir d'une conception libérale, contractualiste ou individualiste des personnes et des groupes, à l'aide, par exemple, du concept de « quasi-contrat » ou en référant aux choix faits par les générations précédentes.

⁶ La solidarité intéressée peut donner l'impression qu'elle est similaire à la solidarité instrumentale et à la solidarité de projet. Si la première indique que la motivation des personnes solidaires est basée sur leur intérêt personnel, la deuxième

indique plutôt que la valeur morale de la solidarité provient entièrement de ce qu'elle rend possible et la troisième, que des individus relativement autonomes ont décidé de joindre ou de créer un groupe solidaire.

⁷ Dans Keeling et Bellefleur (2014), nous avons distingué des conceptions intéressées et désintéressées de la réciprocité et expliqué brièvement comment elles permettent de rendre compte de l'émergence de formes stables de coopération.

relations de « **solidarité à sens unique** » : par exemple, lorsqu'on met collectivement en place des programmes sociaux pour s'occuper d'enfants lourdement handicapés qui ne pourront jamais redonner à la société à la hauteur des services qu'ils recevront, lorsqu'on prend des mesures dont bénéficieront les générations futures ou lorsqu'on met en place un système public d'assurance maladie qui ne discrimine pas en fonction des risques des participants. Certains distinguent la solidarité de la réciprocité précisément sur ce point. La solidarité commencerait lorsqu'on « donne sans espoir de recevoir en retour » (Schmidt, 2008, p. 204, traduction libre) ou lorsque l'on contribue à une pratique sans espoir de recevoir autant en retour (Soler, 2012). D'autres appellent ce type de solidarité la « réciprocité généralisée⁸ » (Weale, 2001).

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- Vos pratiques ou vos interventions devraient-elles favoriser ou se limiter à aider les personnes qui font leur part ou ont fait leur part pour contribuer au système de santé publique?
- Devriez-vous cibler vos interventions sur les populations les plus prêtes à vous aider à les aider, par exemple en offrant des logements en priorité aux personnes sans-abri qui s'engagent à arrêter de consommer des drogues illicites ou encore, dans le domaine des soins, en traitant en priorité les personnes qui ont de bonnes habitudes de vie (qui ne fument pas, font de l'exercice, etc.)?
- À l'inverse, les interventions ne devraient-elles pas cibler les plus vulnérables d'entre nous, indépendamment de leurs habitudes de vie, de leurs comportements ou de leurs contributions à la société ou au système de santé publique?
- Si vous pensez faire un appel à la solidarité, vaudrait-il mieux faire un appel à l'intérêt personnel (à long terme) des personnes ou au bien commun de la population? Serait-ce mieux stratégiquement? Moralement?

⁸ Dans Keeling et Bellefleur (2014), nous avons établi une distinction entre des conceptions directes, indirectes et

Solidarité affective ou différenciée

La solidarité peut être conçue comme référant à des liens affectifs reliant et unissant les membres d'un groupe. Rorty (1989) et Massé (2003), par exemple, basent la solidarité sur notre empathie pour la souffrance des autres; Rippe ancre la « **solidarité sociale** » dans « des relations interpersonnelles spéciales » (1998, p. 356-357, traduction libre); et Dean (1996) fonde la « **solidarité affective** » dans des relations interpersonnelles intimes comme l'amitié ou l'amour. La solidarité repose alors sur un sentiment d'attachement au groupe assuré par des liens interpersonnels ou affectifs qui expliquent au moins partiellement la motivation des personnes solidaires.

D'autres conceptions de la solidarité sont plutôt basées sur une compréhension plus rationnelle des liens unissant les membres solidaires. La solidarité de projet, par exemple, est caractérisée par une compréhension des fins de la coopération et par une absence de « relations interpersonnelles directes » (Rippe, 1998, p. 356-357, dans Prainsack et Buyx, 2011, p. 34, traduction libre). Young (2000) propose d'adopter la « **solidarité différenciée** » précisément pour éloigner la solidarité de son ancrage dans des liens affectifs et pour ainsi accroître son étendue potentielle. Elle fonde la solidarité différenciée sur une compréhension des liens d'interdépendance qui nous lient causalement à diverses injustices, notamment à l'échelle planétaire.

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- Dans le cas que vous analysez, quelle serait l'étendue potentielle de la solidarité si elle était principalement basée sur des liens affectifs et interpersonnels? Aurait-elle la même étendue si elle était fondée sur une compréhension plus rationnelle des liens unissant des personnes à un projet ou à des injustices? Sinon, est-ce que la différence est moralement pertinente?
- Est-il mieux, dans un cas précis, de promouvoir la solidarité en s'appuyant sur des liens émotifs d'attachement interpersonnels ou de faire appel à une solidarité qui repose sur une compréhension des buts et des relations d'interdépendance qui unissent un groupe?

généralisées de la réciprocité. La réciprocité généralisée réfère à une disposition à agir, à participer à une pratique sociale, sans nécessairement attendre un avantage en retour.

L'ÉTENDUE DE LA SOLIDARITÉ : NOUS, EUX ET NOUS TOUS

En fonction des différentes conceptions de la solidarité, les groupes solidaires ont le potentiel d'être plus ou moins étendus, inclusifs ou exclusifs. La distinction qui sépare, d'un côté, ceux avec lesquels nous sommes solidaires et envers lesquels nous avons des obligations de solidarité et, de l'autre côté, les autres qui ne sont pas inclus dans le groupe est très importante sur les plans éthique et pratique. Pour les acteurs de la santé publique et les agences gouvernementales, la question de l'étendue de la solidarité est cruciale, car elle participe à la détermination du « public » envers lequel ils ont des obligations et des responsabilités.

À un extrême, la solidarité affective basée sur l'amitié et l'amour a un potentiel d'inclusion très limité (Dean, 1996). À l'autre extrême, la « **solidarité internationale** » ou la « **solidarité humaine** » vise à inclure tous les humains, sur la base, par exemple, de vulnérabilités communes, d'une humanité partagée ou de relations mondiales d'interdépendance (Baylis *et al.*, 2008; Leroux, 1845; Young, 2000). Selon Rock et Degeling, on devrait alors parler d'une « **solidarité humaniste** », par opposition à une « **solidarité plus qu'humaine** », laquelle serait encore plus inclusive en ouvrant la solidarité à certains « animaux non humains, plantes ou lieux » (Rock et Degeling, 2015, p. 1, traduction libre) avec lesquels nous partageons certaines similarités ou avec lesquels nous sommes écologiquement interdépendants.

Selon les interprétations, la solidarité a ainsi une étendue :

- soit limitée à des communautés ou à des groupes particuliers, auquel cas le mécanisme d'inclusion de la solidarité est également un mécanisme d'exclusion (**nous**, membres solidaires, par opposition à **eux**, les autres);
- soit potentiellement universelle (**nous tous**).

Dans le cadre des solidarités dont l'étendue est limitée, que Dean (1996) appelle « **solidarités traditionnelles** », l'opposition entre nous et les autres, qui permet de tracer les limites du groupe ou de la communauté solidaire, peut prendre plusieurs formes et avoir des conséquences diverses. Elle peut, par exemple, maintenir à l'écart des personnes marginalisées qui, sans faire partie d'un sous-groupe solidaire, font néanmoins partie d'une communauté

plus large, comme les personnes sans-abri, les travailleuses du sexe ou les utilisateurs de drogues dures. L'exclusion peut aussi prendre la forme d'une confrontation plus explicite, comme dans le cas de la solidarité politique proposée par Scholz (2008), où le regroupement solidaire se fait autour d'une cause morale et d'une lutte contre un groupe oppresseur. On peut penser ici aux luttes ouvrières, syndicales ou pour l'égalité entre les hommes et les femmes.

Selon Baylis et ses collègues (2008), l'utilité des solidarités traditionnelles serait plutôt limitée en éthique de la santé publique, car elles ont précisément tendance à exclure ceux d'entre nous qui sont les plus vulnérables, marginalisés et systématiquement désavantagés. Baylis et ses collègues proposent plutôt une « **solidarité relationnelle** » basée sur la « **solidarité réflexive** » de Dean (1996), qui vise explicitement à attirer l'attention sur les personnes et les groupes marginalisés – ceux que, comme l'écrit Rorty, nous associons instinctivement « aux "autres" et non à "nous" » (1989, p. 196). L'implication normative inhérente à la solidarité relationnelle ou réflexive est qu'il faut s'efforcer d'étendre le « nous » vers le « nous tous » et ainsi étendre à tous les obligations de solidarité. Pour les acteurs de la santé publique, une conséquence importante d'une telle conception de la solidarité est qu'elle conduit à remettre en question l'étendue de la solidarité et donc l'étendue de la population ou du « public » envers lequel ils ont des obligations et des responsabilités. Elle attire ainsi l'attention non seulement sur nos obligations envers ceux qui sont marginalisés au sein d'un territoire, d'une province ou d'un pays, mais aussi sur nos obligations envers les autres, qui se trouvent en dehors de nos frontières administratives, juridiques et politiques.

Gunson (2009) propose une autre manière de comprendre la solidarité pour lui donner une portée universelle : il distingue la « **solidarité forte** » de la « **solidarité faible** ». La solidarité forte consiste à « prendre la perspective des autres au sérieux et à agir pour l'appuyer » (Gunson, 2009, p. 247, traduction libre). Elle exige une identification forte aux buts et à la vision des autres; elle a donc nécessairement une portée limitée. La solidarité faible, par contraste, se limiterait à l'obligation de « prendre la perspective des autres au sérieux » (p. 247, traduction libre). Selon Gunson, la solidarité faible a un potentiel universel parce qu'elle permet d'inclure dans une communauté communicationnelle des personnes ou des groupes qui ne partagent pas

les mêmes visions et qui sont en désaccord les uns avec les autres. À ce titre, selon Gunson, la solidarité faible a davantage le rôle moral d'une **valeur procédurale**⁹ appuyant la mise en place de processus participatifs et de consultations inclusives à divers échelons, dont l'échelon mondial.

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- À qui réfère le « nous » du groupe solidaire? Y a-t-il un ou des autres?
- Quels critères déterminent les similarités et les relations d'interdépendance qui serviront à inclure ou à exclure des personnes d'un groupe?
- Qui est suffisamment similaire ou interdépendant pour faire partie du groupe?
- Les autres sont-ils les mêmes si l'on base la solidarité plutôt sur la similarité ou sur l'interdépendance? Sinon, les relations aux autres ainsi révélées sont-elles moralement pertinentes?
- Qu'est-ce qui caractérise la relation entre nous, membres du groupe solidaire, et eux, les autres? Est-ce une relation de marginalisation, de confrontation, ou un autre type de relation?
- Devriez-vous tenter d'inclure davantage ces autres? Devriez-vous les traiter différemment? Avez-vous essayé de les écouter et de prendre leurs perspectives au sérieux?

SE TENIR DEBOUT POUR, AVEC OU COMME D'AUTRES

Dawson et Jennings (2012) proposent de distinguer trois degrés d'identification à ceux dont on est solidaire, dans un contexte où être solidaire signifie essentiellement « **se tenir debout auprès** » d'autres personnes dans le cadre d'actions visant à corriger une injustice. Dans une conception de la solidarité similaire à la solidarité politique de Scholz (2008), on peut :

- « **se tenir debout pour** » d'autres sans faire à proprement parler partie d'un groupe qui est moins favorisé ou qui est dans l'impossibilité

d'articuler ou de défendre ses intérêts, lorsqu'on agit comme son représentant ou son avocat (p. ex., lorsque la santé publique plaide pour l'amélioration de la situation des personnes vivant dans des logements insalubres);

- « **se tenir debout avec** » d'autres personnes avec lesquelles on considère avoir une relation plus égalitaire, mais auxquelles on ne s'identifie pas nécessairement, parce qu'on a des visions différentes ou des désaccords. Ce degré d'identification rapproche cette conception de la solidarité faible de Gunson (2009), de la solidarité rationnelle de Dawson et Verweij (2012) ou de la solidarité de projet de Rippe (1998);
- « **se tenir debout comme** » membre du groupe solidaire. L'identification entre le membre et le groupe auquel il appartient est alors la plus forte, même si elle n'implique pas nécessairement une disparition des individus et des différences au sein d'un groupe fortement homogène. L'appartenance au groupe est toutefois constitutive de l'identité des membres, comme lorsqu'une personne est fière de son pays et dit, par exemple, « je suis Canadien ». Ce degré d'identification semble ainsi faire partie de la solidarité constitutive de Dawson et Verweij (2012).

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- Y a-t-il des personnes ou des groupes qui sont touchés ou potentiellement touchés par une décision, une intervention ou une politique, mais qui n'arrivent pas à faire entendre leur voix ou même à formuler clairement leurs intérêts? Serait-il pertinent que vous deveniez leur voix? Le leur avez-vous demandé?
- En tant qu'acteur de la santé publique, avez-vous l'obligation d'appliquer d'abord sur vous-même les recommandations que vous faites aux autres (p. ex., se faire vacciner ou adopter de bonnes habitudes de vie)?

⁹ Les principes procéduraux sont fréquemment définis par contraste avec les principes substantifs. Si ces derniers aident à révéler les enjeux éthiques, à prendre et à justifier des

décisions dans des contextes précis, les principes procéduraux aident davantage à faire des choix éthiques concernant les processus par lesquels des programmes ou des politiques, entre autres, devraient voir le jour.

SOLIDARITÉ SPONTANÉE, ORGANISÉE OU OBLIGÉE

La solidarité peut être spontanée, organisée ou obligée. Ces trois possibilités sont bien articulées dans la conception tripartite de la solidarité de Prainsack et Buyx (2011) :

- au premier niveau, la « **solidarité interpersonnelle** » est spontanée et volontaire entre des personnes qui décident de s'entraider (p. ex., les passagers d'un autobus qui collaborent pour remplacer un pneu crevé);
- au deuxième niveau, la « **solidarité de groupe** » concerne les pratiques d'entraide plus ou moins formellement institutionnalisées en règles de conduite à l'intérieur de groupes solidaires (p. ex., au sein des groupes d'entraide, comme les Alcooliques Anonymes);
- au troisième niveau, la « **solidarité contractuelle et légale** » réfère aux pratiques de solidarité qui sont cristallisées dans des formes plus stables, qui sont obligatoires et dont la participation est assurée par un mécanisme de coercition (p. ex., payer des taxes pour financer l'État-providence ou exclure les enfants non vaccinés des écoles en temps de pandémie).

Pour Prainsack et Buyx, la solidarité contractuelle et légale tire ses origines de la solidarité de groupe et de la solidarité interpersonnelle. C'est ce qui lui confère sa légitimité. Dans certains cas, notamment pour résoudre des problèmes liés au resquillage de biens communs, il peut être nécessaire de se doter collectivement d'instruments qui permettent d'accroître la confiance de chacun à l'égard du fait que les autres membres solidaires ne tireront pas un avantage indu, et à leurs dépens, d'un bien commun (Forster, 1982). Pour d'autres auteurs, comme Bayertz (1999), les actes et les pratiques solidaires sont par définition volontaires. L'usage de la force étatique, lorsqu'elle n'est pas conçue comme un acte d'autorégulation collective volontaire, devient alors incompatible avec la solidarité. La nécessité de

recourir à la coercition peut aussi être perçue comme le signe qu'un groupe n'est pas ou est peu solidaire (Bayertz, 1999; Dawson, 2011b). Pour des auteurs comme Bayertz, parler de solidarité contractuelle et légale, comme le font Prainsack et Buyx de même que plusieurs autres auteurs discutant de l'État-providence ou des initiatives de la santé publique, serait donc à proscrire. Selon Bayertz, dans ces cas, il faudrait plutôt parler de justice et non de solidarité.

Questions à se poser comme acteur de la santé publique :

- *Si l'occasion se présente, devriez-vous mettre en place des mesures pour faciliter la participation aux pratiques d'entraide spontanées ou organisées, comme en offrant un certain soutien (financier, en services, en infrastructures, etc.) à ceux qui désirent participer?*
- *Serait-il pertinent de mettre en place des mesures (coercitives ou non) pour éviter le resquillage d'un bien commun, c'est-à-dire pour réduire ou éliminer l'incitation à utiliser plus que sa juste part d'un bien commun ou à en profiter sans contribuer équitablement à son maintien?*
- *La communauté dans laquelle vous vous apprêtez à intervenir a-t-elle déjà mis en place des pratiques de solidarité plus ou moins formelles en faveur d'un bien commun? Si c'est le cas, peut-être serait-elle plus ouverte à une intervention contraignant davantage les libertés individuelles au profit d'un bien commun. Au lieu de proposer d'emblée une intervention moins contraignante, mais moins efficace, pourquoi ne pas aussi discuter d'interventions plus contraignantes, si elles sont plus efficaces?*

Résumé – Qu'est-ce que la solidarité?

L'usage courant du terme « solidarité » réfère à une « relation entre personnes ayant conscience d'une communauté d'intérêts, qui entraîne, pour les unes, l'obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance » (Petit Robert, 2014, « Solidarité »). En bioéthique, Prainsack et Buyx proposent que « [l]a solidarité désigne des pratiques partagées exprimant un engagement collectif à l'effet d'assumer un "coût" (financier, social, émotionnel ou autre) pour assister les autres », et ce, que les membres solidaires anticipent ou non un avantage personnel en retour (2011, p. 46, traduction libre).

Trois composantes centrales de la solidarité :

Un concept relationnel : « La solidarité est essentiellement un concept relationnel » (Meulen et Wright, 2012, p. 367, traduction libre). Elle peut concerner autant des relations entre des personnes ou entre des groupes qu'entre des personnes et des groupes (Scholz, 2008).

Un concept fondé sur la similarité ou l'interdépendance : les relations de solidarité sont souvent conçues soit comme des relations entre des personnes ou des groupes similaires (p. ex., OMS, 2007), soit comme des relations entre des personnes ou des groupes interdépendants (p. ex., Young, 2000). En fonction des critères retenus, les groupes solidaires peuvent être plus ou moins homogènes, plus ou moins ouverts à la différence, et plus ou moins étendus.

Un concept à la fois descriptif et normatif : la face descriptive du concept de solidarité permet de décrire des pratiques et des relations sociales et de qualifier le degré de cohésion à l'intérieur des groupes. Sa face normative réfère plutôt à diverses obligations morales d'entraide entre les membres solidaires et à d'autres obligations du groupe envers les membres et vice versa (p. ex., s'entraider, rester unis, coopérer, protéger les plus vulnérables; Prainsack et Buyx, 2011).

Sept dimensions variables de la solidarité :

Valeur instrumentale ou intrinsèque : l'attribution d'une valeur morale instrumentale ou intrinsèque à la solidarité ou à certaines de ses formes spécifiques peut aussi entraîner des obligations, notamment celle de la respecter et d'en faire la promotion. Si la solidarité a une valeur uniquement instrumentale, alors sa valeur morale, dans un cas précis, dépendra entièrement du but qu'elle permet d'atteindre (Coote et Angel, 2014). Si elle a aussi une valeur intrinsèque, alors la valeur des pratiques et des liens de solidarité devra également être prise en compte dans la réflexion, indépendamment des buts qu'ils permettent d'atteindre (Cureton, 2012).

Solidarité de projet ou constitutive : la solidarité peut référer à des groupes formés d'individus relativement autonomes qui décident de coopérer pour mener à bien des projets, comme en s'associant pour fonder une entreprise. Rippe parle alors de « solidarité de projet » (Rippe, 1998, dans Prainsack et Buyx, 2011, p. 34, traduction libre). La solidarité peut aussi concerner des groupes au sein desquels les membres naissent, grandissent et développent une certaine autonomie, une certaine identité et des préférences façonnées par celles du groupe, par exemple entre villageois ou entre citoyens. Dawson et Verweij parlent alors de « solidarité constitutive » (2012, p. 2, traduction libre). Si la solidarité de projet a des affinités avec les perspectives plus individualistes et avec les théories libérales et contractualistes, la solidarité constitutive a des affinités avec les perspectives plus sociales et avec les théories relationnelles, communautaristes et féministes.

Solidarité désintéressée, intéressée ou intérêt commun : la plupart des conceptions de la solidarité sont basées soit sur l'intérêt personnel des membres du groupe, soit sur leur intérêt dans un bien commun. Dans le premier cas, les personnes sont conçues comme étant des êtres qui, en faisant le calcul entre les coûts liés à la participation et les gains potentiels (souvent à long terme), décident de participer à des pratiques solidaires (MacDonald, 1996; Meulen, 2011; Nixon et Forman, 2008). Dans le second cas, les membres visent davantage un bien commun ou un intérêt de groupe (Baylis *et al.*, 2008; Meulen, 2011).

Sans être désintéressée, cette approche permet un éventail de pratiques plus inclusives qui ne seraient pas nécessairement dans l'intérêt strictement personnel de chacun des participants. Quant à la solidarité désintéressée (Häyry, 2005), elle est rarement évoquée dans la littérature et elle est alors souvent critiquée au nom d'une confusion avec l'altruisme ou la charité (Prainsack et Buyx, 2011).

Solidarité affective ou différenciée : la solidarité peut être basée sur divers liens affectifs, comme l'amitié, l'amour, le patriotisme ou l'empathie (Dean, 1996; Massé, 2003; Rippe, 1998; Rorty, 1989). Elle peut aussi être fondée sur des liens plus rationnels, comme lorsque la coopération entre étrangers permet de mener à bien un projet (Dawson et Verweij, 2012; Dean, 1996; Scholz, 2008). Elle peut également reposer sur une compréhension rationnelle de notre participation indirecte à des injustices à travers des relations d'interdépendance, comme les relations qui nous lient aux travailleurs des pays en développement dont nous achetons les produits à bas prix (Young, 2000).

L'étendue de la solidarité (nous, eux et nous tous) : en fonction des conceptions de la solidarité, l'étendue des groupes solidaires peut être limitée (voire très limitée) ou universelle. Lorsque la solidarité est limitée, elle présuppose qu'à l'extérieur du « nous », il y a eux, les autres. La relation d'exclusion peut prendre différentes formes (p. ex., la marginalisation, l'oppression ou la confrontation) et avoir diverses conséquences morales et pratiques. L'implication normative inhérente aux conceptions relationnelles et réflexives de la solidarité est qu'il faut s'efforcer d'inclure ces autres et donc d'étendre le « nous » vers le « nous tous » (Baylis *et al.*, 2008; Dean, 1996; Rorty, 1989).

Se tenir debout pour, avec ou comme d'autres : divers degrés d'identification peuvent exister entre les membres solidaires. Un membre peut être solidaire avec les autres parce qu'il « se tient debout pour » d'autres et les représente en plaidant leur cause, qu'il « se tient debout avec » ceux avec lesquels il se considère sur un pied d'égalité malgré des différences, ou qu'il « se tient debout comme » membre à part entière du groupe solidaire auquel il s'identifie (Dawson et Jennings, 2012, p. 74, traduction libre).

Solidarité spontanée, organisée ou obligée : selon les conceptions de la solidarité, celle-ci peut référer à des pratiques ou à des actes spontanés, à l'institutionnalisation de ces pratiques et de ces actes au sein d'organisations plus ou moins officielles, ou encore à des pratiques obligées, notamment parce qu'appuyées par la force coercitive de l'État (p. ex., payer ses taxes pour financer un système public de soins de santé; Prainsack et Buyx, 2011).

Section 4 – Mise en pratique : étude de cas et questions

Quelles incidences la prise en compte de la solidarité peut-elle avoir sur la pratique de la santé publique en général, et sur la promotion de politiques publiques favorables à la santé en particulier? Dans cette dernière section, nous illustrerons les manières dont les praticiens ou les décideurs peuvent intégrer le principe de solidarité à leur travail avec un exemple de politique publique favorable à la santé. Nous proposerons ensuite une série de questions pour faciliter la prise en compte de la solidarité dans la réflexion éthique en santé publique.

CAS : APAISEMENT DE LA CIRCULATION DANS UN QUARTIER RÉSIDENTIEL

Imaginons que vous travaillez dans une grande ville du pays et qu'un groupe de citoyens vivant dans l'un de ses quartiers centraux vous approchent dans le cadre d'un projet visant à apaiser la circulation automobile dans leur quartier. Leur objectif est d'améliorer généralement leur qualité de vie et la sécurité de leur milieu. Ils souhaitent bénéficier de l'expertise de la santé publique en la matière et comptent sur l'appui politique et moral de l'autorité de santé publique. Ils vous demandent donc votre avis sur la pertinence du projet, ce qui comprend également votre analyse des impacts des modalités du déploiement du projet sur la santé de la population. Possédant une expertise en la matière, vous savez qu'il s'agit d'une politique publique favorable à la santé qui a fait ses preuves, notamment pour réduire les traumatismes chez tous les usagers

des rues (enfants, adultes, personnes âgées, piétons, cyclistes, automobilistes, etc.), mais aussi pour favoriser les déplacements actifs et, selon les stratégies et les mesures mises en place, pour réduire le bruit des véhicules (Bellefleur et Gagnon, 2011). Leur proposition a donc le potentiel d'améliorer la santé des résidents du secteur concerné.

- *Qu'est-ce que le principe de solidarité peut apporter à votre réflexion et à votre réponse?*

La mobilisation des citoyens démontre une certaine forme de solidarité caractérisée par un même quartier de résidence, une même vision des désagréments causés par les nombreuses voitures traversant leurs rues résidentielles à des vitesses élevées et un même projet : améliorer leur qualité de vie par l'apaisement de la circulation. La solidarité en question semble donc d'emblée être fondée sur une certaine similarité entre les citoyens, ce qui délimite l'étendue potentielle du groupe solidaire. Si elle était plutôt basée sur l'interdépendance, son étendue potentielle serait probablement fort différente. Une conception de la solidarité basée sur l'interdépendance pourrait attirer l'attention, par exemple, sur les liens entre les rues résidentielles que certains souhaitent apaiser et les artères ou les autres quartiers vers lesquels une partie de la circulation automobile pourrait être déviée.

- *Selon vous, les citoyens mobilisés devraient-ils être solidaires des résidents des autres quartiers et des artères?*
- *Le cas échéant, comment leurs revendications devraient-elles le refléter?*
- *Votre réaction à leur demande devrait-elle traduire ce changement de perspective?*

Si les citoyens mobilisés estiment que leur demande vise le redressement d'une certaine injustice, comme celle de subir les désagréments et les effets néfastes sur la santé de l'utilisation des rues résidentielles de leur quartier comme raccourcis par les résidents plus fortunés de quartiers éloignés, il serait alors possible de penser cette solidarité comme une solidarité politique. La valeur d'une telle solidarité reposerait ainsi, au moins partiellement, sur la valeur de la cause morale défendue.

- *Y a-t-il, selon vous, une injustice à redresser?*
- *Quels sont les effets négatifs et positifs des aménagements actuels, et qui les subit? Sont-ils distribués équitablement entre les groupes*

(piétons, cyclistes, automobilistes, résidents du quartier, résidents des autres quartiers, etc.)?

- *L'apaisement est-il le meilleur moyen pour rendre la distribution plus juste? À quelles conditions?*

La solidarité politique suppose aussi une logique de confrontation entre le groupe solidaire (les résidents mobilisés du quartier) et un autre groupe (ceux qui transitent en voiture par les rues résidentielles). Elle se fait donc potentiellement aux dépens d'une solidarité plus inclusive, qui engloberait les deux groupes.

- *Existerait-il une solution autre que l'apaisement ou une manière de concevoir l'apaisement qui rallierait les deux groupes, par exemple en apaisant la circulation dans les rues résidentielles, mais en synchronisant les feux de circulation dans les artères ou en augmentant la fréquence des autobus desservant les quartiers plus éloignés?*
- *Serait-il pertinent de tenir une consultation publique incluant ces deux groupes?*

Sans s'inscrire dans une logique de confrontation, la solidarité montrée par les résidents mobilisés peut être d'une étendue autrement limitée.

- *Quelles sont les autres parties prenantes potentielles?*
- *Des résidents du quartier sont-ils opposés au projet, ou certains pourraient-ils l'être s'ils étaient mis au courant?*
- *Les résidents des quartiers avoisinants ou des artères ont-ils été ou seront-ils consultés?*
- *Votre participation ou votre appui devrait-il être conditionnel à la mise en place d'un processus participatif suffisamment inclusif et permettant de prendre au sérieux la perspective des autres, au nom d'une solidarité faible, réflexive ou relationnelle?*

Ce processus pourrait ainsi viser à ce que la stratégie d'apaisement adoptée soit celle qui permet au groupe le plus inclusif de se l'approprier comme étant sa stratégie. Dans le meilleur des cas, le processus pourrait même renforcer des liens sociaux au sein du quartier, mais aussi entre les résidents ou les regroupements de quartiers différents.

Dans une perspective plus politique, la solidarité tactique pourrait attirer l'attention sur les coalitions d'intérêts qui risquent de se former autour des

définitions du problème à résoudre et des solutions potentielles. En plus d'attirer l'attention sur les forces politiques en présence, elle peut révéler l'absence de certaines voix que vous pourriez représenter, en solidarité pour elles.

La solidarité peut aussi attirer l'attention sur l'obligation morale de l'État et de la santé publique de protéger tous les citoyens, mais particulièrement les plus vulnérables. Dans le cas posé en exemple ici, les enfants, les personnes âgées, les piétons et les cyclistes du quartier pourraient être qualifiés de « plus vulnérables », car ils sont habituellement les plus à risque de traumatismes graves dans les rues résidentielles. Les protéger de traumatismes potentiels, lorsque le coût à assumer par d'autres citoyens est un temps de déplacement légèrement supérieur, pourrait être considéré comme une obligation de solidarité civique qui relève de l'État ou des autorités publiques concernées. La coresponsabilité des citoyens se traduirait alors par le devoir qu'ont les conducteurs de ralentir et de ne pas s'opposer à la mise en place de mesures visant la protection de leurs concitoyens plus vulnérables.

La solidarité peut inclure l'obligation de saisir les occasions d'en faire la promotion. Ainsi, au-delà des manières d'encourager la participation au processus décisionnel, vous pourriez aussi réfléchir aux moyens par lesquels le projet pourrait favoriser le renforcement de la solidarité sociale. Il serait par exemple possible de penser aux aménagements à inclure dans la stratégie d'apaisement pour y favoriser les rencontres sociales, comme l'ajout de mobilier urbain tel des bancs ou la transformation de places de stationnement en placettes publiques. Une autre possibilité serait l'ajout de fosses de plantation dans des trottoirs élargis, dans des avancées de trottoirs ou dans des îlots centraux de mini-giratoires, que des résidents ou des associations de résidents pourraient adopter pour y faire du jardinage, notamment.

Comme l'illustre l'analyse partielle de ce cas hypothétique d'apaisement de la circulation, la prise en compte de la solidarité dans la réflexion peut attirer l'attention sur plusieurs aspects d'un cas, en fonction de l'interprétation qui est faite des composantes centrales de la solidarité et de ses dimensions.

QUESTIONS POUR LA MISE EN PRATIQUE

Notre but, dans ce document, était d'aider les acteurs de la santé publique à s'orienter à travers les conceptions, les usages et les implications normatives

possibles de la solidarité. Les questions suivantes, en combinaison avec celles présentées précédemment, devraient faciliter l'intégration de certaines des dimensions de la solidarité dans leurs réflexions et dans les délibérations auxquelles ils participent.

Dans le cadre de la mise en place de nouvelles pratiques ou interventions, ou de l'examen des pratiques existantes :

- *Les personnes appartenant à différents groupes sont-elles traitées comme des **égales**?*
- *Quels seront les effets positifs et négatifs des interventions, y compris les effets sur des biens plus sociaux tels l'estime de soi, des occasions favorables, un sentiment de contrôle sur sa vie, etc.?*
 - *Quels groupes ou individus auront quels effets?*
 - *La **justice** ou l'**équité** de la distribution sera-t-elle améliorée ou détériorée par rapport à la situation initiale? Par rapport aux autres options?*
- *Quels sont les intérêts des personnes les plus **vulnérables**? Les avez-vous consultées? Leurs intérêts devraient-ils être prioritaires? Devriez-vous les défendre?*
- *Vos pratiques ou les interventions envisagées risquent-elles de **marginaliser**, de **discriminer** ou de **stigmatiser** des gens ou des groupes? Le leur avez-vous demandé?*
- *Avez-vous pensé mettre en place un **processus de participation** inclusif et transparent?*
- *Vos pratiques ou les interventions envisagées pourraient-elles renforcer davantage la **cohésion sociale**? Avez-vous porté attention à l'**isolement social**?*

Dans le cadre d'un **effort collectif** visant à rendre un bien commun disponible (p. ex., l'immunité de groupe ou une eau de qualité) :

- *Serait-il pertinent de coopérer avec de nouveaux partenaires par-delà les frontières administratives, politiques ou juridiques habituelles?*
- *Avez-vous envisagé d'accomplir des tâches qui ne sont pas habituellement les vôtres ou d'adopter une politique permettant au personnel de le faire lorsque des gains d'efficacité sont attendus?*

- Y aurait-il lieu de conscientiser les gens au fait que les avantages recherchés pour le groupe ou la communauté dépendent d'un effort collectif auquel tous doivent participer?

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. (2011). *Canicule : un appel à la solidarité*. Communiqué de presse du 21 juillet 2011.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru. (2^e édition)*, Montréal, Québec. Consulté en ligne à : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublication/s/pdf/publications/978-2-89673-133-6.pdf
- Baylis, F. E., Kenny, N. P. et Sherwin, S. B. (2008). A relational account of public health ethics. *Public Health Ethics*, 1(3), 196-209.
- Bayertz, K. (1999). *Four uses of "solidarity"*. Dans K. Bayertz (dir.), *Solidarity*, Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Bellefleur, O. et Gagnon, F. (2011). *Apaisement de la circulation urbaine et santé : une revue de littérature*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/RevueLitteratureApaisementCirculation_Fr.pdf
- Benatar, S. R., Daar, A. S. et Singer, P. A. (2003). Global health ethics: The rationale for mutual caring. *International Affairs*, 79(1), 107-138. doi : 10.1111/1468-2346.00298
- Boccia, S., Kee, M. M., Adany, R., Biffetta, P., Burton, H., Cambon-Thomsen, A., ... Ricciardi, W. (2014). Beyond public health genomics: Proposals from an international working group. *The European Journal of Public Health*, 1-3. doi : <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku142>
- Brody, H. et Avery, E. N. (2009). Medicine's duty to treat pandemic illness: Solidarity and vulnerability. *The Hastings Center Report*, 39(1), 40-48.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York : Routledge.
- Butler, S. A. (2012). A dialectic of cooperation and competition: Solidarity and universal health care provision. *Bioethics*, 26(7), 351-360.
- Callahan, D. (1999). *False hopes: Overcoming the obstacles to a sustainable, affordable medicine*. Chapel Hill: Rutgers University Press, cité dans Prainsack, B. et Buyx, A., 2011, *Solidarity: Reflections on an emerging concept in bioethics*. Swindon : Nuffield Council on Bioethics. Consulté en ligne à : http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Solidarity_report_FINAL.pdf
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., ... Nieburg, P. (2002). Public health ethics: Mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 169-177.
- Coote, A. et Angel, J. (2014). *Solidarity: Why it matters for a new social settlement*. New Economics Foundation. Consulté en ligne à : http://b3cdn.net/nefoundation/207c255d8a0c04cba0_sum6b1yy7.pdf
- Coughlin, S. S. (2008). How many principles for public health ethics? *Open Public Health Journal*, 1, 8-16. doi : 10.2174/1874944500801010008
- Cureton, A. S. (2012). Solidarity and social moral rules. *Ethical Theory and Moral Practice*, 15(5), 691-706. doi : 10.1007/s10677-011-9313-8
- Dawson, A. (2010). The future of bioethics: Three dogmas and a cup of hemlock. *Bioethics*, 24(5), 218-225.
- Dawson, A. (2011a). Resetting the parameters: Public health as the foundation for public health ethics. Dans A. Dawson (dir.), *Public health ethics*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press, 1-19.
- Dawson, A. (2011b). Vaccination ethics. Dans A. Dawson (dir.), *Public health ethics*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press, 143-153.

- Dawson, A. et Jennings, B. (2012). The place of solidarity in public health ethics. *Public Health Reviews*, 34(1), 65-79.
- Dawson, A. et Verweij, M. (2012). Solidarity: A moral concept in need of clarification. *Public Health Ethics*, 5(1), 1-5.
- Dean, J. (1996). *Solidarity of strangers: Feminism after identity politics*. Berkeley : University of California Press. Consulté en ligne à : <http://publishing.cdlib.org/ucpressebooks/view?docId=ft4779n9s6&brand=ucpress>
- Direction de santé publique de Laval. (2009). *La pauvreté à Laval. Au-delà des apparences*. Mémoire présenté au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, dans le cadre de la consultation régionale *Les Rendez-vous de la solidarité 2009*, le 10 décembre 2009.
- Eckenwiler, L., Straehle, C. et Chung, R. (2012). Global solidarity, migration and global health inequity. *Bioethics*, 26(7), 382-390.
- Eurofound. (2011). *EurWork European Observatory of Working Life. Solidarity principle*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Consulté en ligne le 11 novembre 2014 à : <http://eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/solidarity-principle>
- Forster, J. L. (1982). A communitarian ethical model for public health interventions: An alternative to individual behavior change strategies. *Journal of Public Health Policy*, 3(2), 150-163.
- Gebauer, T. (2012). The need to institutionalise solidarity for health. Dans J. Holst (dir.), *Global social protection scheme – Moving from charity to solidarity*. Francfort et Merelbeke : Medico International et Fondation Hélène de Beir, p. 14-23. Consulté en ligne à : <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=36208>
- Global Network of People Living with HIV. (2013). Standing in solidarity for health and rights: 30th international AIDS candlelight memorial. Retrieved from: <http://www.gnpplus.net/standing-in-solidarity-for-health-and-rights-30th-international-aids-candlelight-memorial/>
- Gonsalves, G. B. S. et Stanley, P. (2014). Panic, paranoia, and public health – The AIDS epidemic's lessons for ebola. *The New England Journal of Medicine*, 371(25), 2348-2349. doi : 10.1056/NEJMp1413425.
- Gunson, D. (2009). Solidarity and the universal declaration on bioethics and human rights. *Journal of Medicine and Philosophy*, 34, 241-260.
- Häyry, M. (2005). Precaution and solidarity. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(2), 199-206.
- Holst, J. (2012). Implementing the solidarity principle through financial equalisation. Dans J. Holst (dir.), *Global social protection scheme – Moving from charity to solidarity*. Francfort et Merelbeke : Medico International et Fondation Hélène de Beir, p. 86-104. Consulté en ligne à : <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=36208>
- Huish, R. (2014). Why does Cuba 'care' so much? Understanding the epistemology of solidarity in global health outreach. *Public Health Ethics*, 7(3), 261-276. doi : 10.1093/phe/phu033
- Keeling, M. et Bellefleur, O. (2014). *Le principe de réciprocité : comment peut-il éclairer la santé publique et les politiques publiques favorables à la santé?* Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/2014_Ethique_Reciprocite_Fr.pdf
- Kenny, N. (2004). *What's fair? Ethical decision-making in an aging society*. Canadian Policy Research Networks Inc. & The Change Foundation.

- Kenny, N. P., Sherwin, S. B. et Baylis, F. E. (2010). Re-visioning public health ethics: A relational perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 101(1), 9-11.
- Klopfenstein, M. L. (2008). Pandemic influenza and the duty to treat: The importance of solidarity and loyalty. *The American Journal of Bioethics*, 8(8), 41-43.
- Kotalik, J. (2005). Preparing for an influenza pandemic: Ethical issues. *Bioethics*, 19(4), 422-431.
- Korsgaard, C. M. (1983). Two distinctions in goodness. *The Philosophical Review*, 42(2), 169-195.
- Krantz, I., Sachs, L. et Nilstun, T. (2004). Ethics and vaccination. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 172-178.
- Krishnamurthy, M. (2013). Political solidarity, justice and public health. *Public Health Ethics*, 6(2), 129-141.
- Langat, P., Pisartchik, D., Silva, D., Bernard, C., Olsen, K., Smith, M., ... et Upshur, R. (2011). Is there a duty to share? Ethics of sharing research data in the context of public health emergencies. *Public Health Ethics*, 4(1), 4-11.
- Leroux, P. (1845). *De l'humanité, de son principe, et de son avenir; où se trouve exposée la vraie définition de la religion et où l'on explique le sens, la suite et l'enchaînement du mosaïsme et du christianisme*. Paris : Perrotin. Consulté en ligne à : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k454802b/f3.image.r=leroux%20pierre.langFR>
- Lyons, B. (2012). Solidarity, children and research. *Bioethics*, 26(7), 369-375.
- MacDonald, R. St. J. (1996). Solidarity in the practice and discourse of public international law. *Pace International Law Review*, 8(2), 259-302.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Masuda, J. R., Poland, B. et Baxter, J. (2010). Reaching for environmental justice: Canadian experiences for a comprehensive research, policy and advocacy agenda in health promotion. *Health Promotion International*, 25(4), 453-463. doi : 10.1093/heapro/daq041
- Meulen, R. T. (1995). Limiting solidarity in the Netherlands: A two-tier system on the way. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 607-616.
- Meulen, R. T. (2011). How "decent" is a decent minimum of health care? *Journal of Medicine and Philosophy*, 36, 612-623. doi :10.1093/jmp/jhr048
- Meulen, R. T., Arts, W. et Muffels, R. (2001). Solidarity, health and social care in Europe. Introduction to the volume. Dans R. T. Meulen, W. Arts et R. Muffels (dir.), *Solidarity in health and social care in Europe*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Meulen, R. T. et Maarse, H. (2008). Increasing individual responsibility in Dutch health care: Is solidarity losing ground? *Journal of Medicine and Philosophy*, 33, 262-279.
- Meulen, R. T. et Wright, K. (2012). Family solidarity and informal care: The case of care for people with dementia. *Bioethics*, 26(7), 361-368.
- Nixon, S. et Forman, L. (2008). Exploring synergies between human rights and public health ethics: A whole greater than the sum of its parts. *BMC International Health and Human Rights*, 8(2). doi :10.1186/1472-698X-8-2
- Nuffield Council on Bioethics. (2009). *Dementia: Ethical issues*. Consulté en ligne à : <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Dementia-report-Oct-09.pdf>
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). (2006). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*. Disponible en ligne à : <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180F.pdf>

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Considérations éthiques dans l'élaboration des mesures de santé publique face à une pandémie de grippe*. Consulté en ligne à : http://www.who.int/ethics/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2_fre.pdf
- Petit Robert. (2014). Paris : Le Robert.
- Prainsack, B. et Buyx, A. (2011). *Solidarity: Reflections on an emerging concept in bioethics*. Swindon : Nuffield Council on Bioethics. Consulté en ligne à : http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Solidarity_report_FINAL.pdf
- Prainsack, B. et Buyx, A. (2012). Solidarity in contemporary bioethics: Towards a new approach. *Bioethics*, 26(7), 343-350. doi : 10.1111/j.1467-8519.2012.01987.x
- Public Health Ontario. (2012). *A framework for the ethical conduct of public health initiatives*.
- Rippe, K. P. (1998). Diminishing solidarity. *Ethical Theory and Moral Practice*, 1(3), 355-373.
- Robertson, A. (1998). Critical reflections on the politics of need: Implications for public health. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1419-1430.
- Rock, M. J. et Degeling, C. (2015) Public health ethics and more-than-human solidarity. *Social Science & Medicine*, 129, 61-67. doi : 10.1016/j.socscimed.2014.05.050
- Rorty, R. (1989). *Contingency, irony and solidarity*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Sass, H.-M. (1995). The new triad: Responsibility, solidarity and subsidiarity. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 587-594.
- Schmidt, H. (2008). Bonuses as incentives and rewards for health responsibility: A good thing? *Journal of Medicine and Philosophy*, 33, 198-220.
- Scholz, S. J. (2008). *Political solidarity*. University Park, Pennsylvania : The Pennsylvania State University Press.
- Singer, P. A., Benatar, S. R., Bernstein, M., Daar, A. S., Dickens, B. M., MacRae, S. K., ... Shaul, R. Z. (2003). Ethics and SARS: Lessons from Toronto. *BMJ*, 327, 142-144. doi : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7427.1342>
- Soler, C. T. (2012). Reciprocity and solidarity in intergenerational relationships: Spain, France and Norway in comparative perspective. *Papers*, 97(4), 849-873.
- Tannahill, A. (2008). Beyond evidence – to ethics: A decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23(4), 380-390. doi : 10.1093/heapro/dan032
- Ten Have, H. et Keasberry, H. (1992). Equity and solidarity: The context of health care in the Netherlands. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 17, 463-477.
- Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L. et Upshur, R. E. G. (2006). Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(12), 1-12. doi : 10.1186/1472-6939-7-12
- Upshur, R. E. G., Faith, K., Gibson, J. L., Thompson, A. K., Tracy, C. S., Wilson, K. et Singer, P. A. (2005). *Stand on guard for thee*. University of Toronto Joint Centre for Bioethics. Consulté en ligne à : http://www.jcb.utoronto.ca/people/document/s/upshur_stand_guard.pdf
- Upshur, R. E. G., Faith, K., Gibson, J. L., Thompson, A. K., Tracy, C. S., Wilson, K. et Singer, P. A. (2007). Ethics in an epidemic: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. *Health Law Review*, 16(1), 33-39.
- Weale, A. (2001). Trust and political constitutions. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 4(4), 69-83.
- Willison, D. J., Ondrusek, N., Dawson, A., Emerson, C., Ferris, L. E., Saginur, R. et Upshur, R. E. G. (2014). What makes public health studies ethical? Dissolving the boundary between research and practice. *BMC Medical Ethics*, 15(61).

World Health Organization (WHO). (2014). *Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola viral disease*. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/264586/Ethical-considerations-EVD-Eng.pdf?ua=1

Young, I. M. (1990). *Justice and the politics of difference*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press.

Young, I. M. (2000). *Inclusion and democracy*. New York : Oxford University Press.

Juillet 2015

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

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Bellefleur, O. et Keeling, M. (2015). *La solidarité dans l'éthique et la pratique de la santé publique : conceptions, usages et implications*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS tient à remercier Bryn Williams-Jones (Université de Montréal), Geneviève Projean (Santé publique de Sudbury & districts) et Michel Déry (Institut national de santé publique du Québec) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : 2739

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the Institut national de santé publique du Québec website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2020
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-86766-1 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-86765-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec

