

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

Résumé

Juillet 2015

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

Ce document résume la note documentaire du même titre. La version longue, comprenant toutes les références, est accessible en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_Solidarite_Fr.pdf.

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, 2011; 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.

On retrouve dans la littérature de nombreuses conceptions de la solidarité et plusieurs usages pratiques de celle-ci. En outre, on attribue à cette notion une multitude d'implications normatives. Nous présentons ici un résumé des composantes centrales et des dimensions plus variables de la solidarité qu'évoquent différents auteurs, dans le but 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.

En éthique de la santé publique, la solidarité peut notamment aider à :

- penser aux obligations d'entraide et d'assistance que nous avons les uns envers les autres, du fait de notre appartenance à des groupes dont les membres sont similaires ou interdépendants à certains égards;
- réfléchir aux relations que nous entretenons, **nous**, membres du groupe solidaire, avec **eux**, les autres, et aux implications morales de cette distinction;
- porter une attention particulière aux occasions permettant de renforcer les liens sociaux et de réduire l'isolement social, la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation en prenant en compte les intérêts des plus vulnérables;
- revoir la manière de concevoir l'appartenance sociale, les pratiques collectives et les biens communs.

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.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/issue/view/45>.



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).

Résumé de l'étude de cas

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 section, nous résumons l'étude de cas utilisée dans la version longue du document pour illustrer les manières dont les praticiens ou les décideurs peuvent intégrer le principe de solidarité dans leur travail. Nous proposons 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?*

La solidarité en question suppose 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.

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.

UNE SÉLECTION DE QUESTIONS POUR LA MISE EN PRATIQUE

Sur l'étendue du groupe solidaire

- 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?

Sur la mise en place de nouvelles pratiques ou interventions, ou sur 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.?
 - o Quels groupes ou individus auront quels effets?
 - o 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**?
- Vos efforts faciliteront-ils la participation aux **pratiques d'entraide** spontanées ou organisées, par exemple en offrant un certain soutien (financier, en services, en infrastructures, etc.) à ceux qui désirent participer?
- Vos pratiques ou les interventions envisagées tentent-elles d'**influencer**, de **critiquer**, de **dénormaiser** ou de **bannir une norme** suivie par un groupe social? Si c'est le cas, vous êtes-vous demandé si les membres du groupe s'identifient à cette norme? Autrement dit, est-il possible de critiquer cette norme sans critiquer l'identité des membres du groupe?

Sur des efforts collectifs 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?
- Serait-il pertinent de mettre en place des mesures (coercitives ou non) pour éviter le **resquillage** (*free-riding*) 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?

Références

- 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.
- 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
- 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://b.3cdn.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. (2011). 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. 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>

- Häyry, M. (2005). Precaution and solidarity. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(2), 199-206.
- 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.
- 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. 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
- 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
- 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.
- Rorty, R. (1989). *Contingency, irony and solidarity*. Cambridge : Cambridge University Press.
- 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>
- 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
- 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.icb.utoronto.ca/people/document/upshur_stand_guard.pdf
- 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. (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 — Résumé*. 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 Désy (Institut national de santé publique du Québec) pour leurs commentaires sur une version préliminaire du document sur lequel se base ce résumé.

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 : 2748

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@cspg.gouv.qc.ca.

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

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2020
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-88065-3 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-88064-6 (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

