Is Public Health Ethical?

Richard Schabas, MD, MHSc, FRCPC

Are public health interventions ethical? How many of us, as public health professionals, have ever asked this question explicitly? How many of us feel qualified to answer it?

I have practiced public health for fifteen years, with all the requisite academic credentials. I have, however, no formal training in ethics. And, while I have not infrequently broached the “ethics” of decisions, these discussions have never been couched within any well-defined conceptual framework. I suspect that my experience is not unusual.

There has been a veritable renaissance in the field of medical ethics over the past 25 years. This began with clinical research, where independent ethical review is now an essential element of any study involving human subjects. This trend is extending directly into clinical practice. Many hospitals now have a resident ethicist. Typically this is a clinician with a special interest and training in medical ethics who is consulted both on policy and on difficult cases.

Public health has lagged behind. Ethics does not form part of the core training of public health physicians or, I suspect, other public health professionals. Nor has it become part of our professional lives. How many of us have consulted an ethicist regarding a public health intervention?

Public health practice is substantially different from clinical medical practice. The ethical frameworks that have been developed for clinical medicine should not be applied uncritically to public health. Ross Upshur’s timely article in this issue of the *CJPH*¹ will, I hope, mark the beginning of a more rigorous examination of the ethics of public health interventions. This is important because, in the absence of well-defined public health ethics, clinical ethics will fill the vacuum and be applied and misapplied to public health practice.

Why are public health ethics different from clinical ethics? I think that the critical difference derives from the population focus of public health versus clinical medicine’s focus on the individual. The therapeutic contract in clinical practice is with the individual. Although the interests of the individual may be best served within a broader context (e.g., *family practice*), ultimately the clinician has what Upshur calls a “fiduciary role” to act in the best interests of the individual patient, regardless – with some exceptions – of what is best for the society as a whole. This contract is legitimized by the informed consent of the patient or someone duly authorized to consent on the patient’s behalf.

Public health’s therapeutic contract is with society as a whole, legitimized by the policies and legislation of government. Public health programs and interventions are justified by their net benefit to the population as a whole, rather than a benefit for each and every individual. The “fiduciary role” is with society as a whole.

Public health may intervene with an individual in a manner that is not perceived by the individual as in his or her personal best interests. This action is legitimized by the powers invested in public health officials, subject to the protections of our legal system. Clinical practitioners may only intervene with an individual in a manner perceived by the individual as in his or her best interests and legitimized by informed consent. There are some exceptions to this clinical contract when clinicians are asked to play a quasi public health role. An example of this is the requirement that physicians report to government individuals with medical conditions that may make them unable to safely operate a motor vehicle.

There are important differences in patterns of practice – public health versus clinical practice – that have significant implications for the question of standards of evidence. In clinical practice, the patient seeks out the health care provider because they want a service, usually because they have a problem. The health care provider’s obligation is to offer the patient the best treatment available. If there is sound evidence for a particular treatment, this is what should be offered. If, as is often the case, there is no high-quality evidence, the practitioner may well offer a reasonable treatment, based on a very flexible standard of evidence. The patient may then accept or reject the treatment offered. So long as the recommendation is reasonable and the consent is informed, the clinical contract is fulfilled. Clinical interventions are ultimately held to a standard of benefit that has both objective (based on what medical science thinks is reasonable) and subjective (based on what the patient is prepared to accept) components.

In public health practice, the public health practitioner usually seeks out the patient, because the practitioner believes that the patient has a problem. The patient has not asked for the service and may not be in a position to reject the treatment offered. This means that public health interventions must be held to a standard of benefit that is strictly objective. The absence of informed consent raises the evidentiary bar.

I do not mean to imply by this that public health interventions must always meet the highest standards of objective evidence, i.e., randomized clinical trial or so-called level A evidence. Like all health providers, public health practitioners must live with uncertainty and make decisions based on an assessment of the best *available* evidence. Furthermore, I believe that it is the nature of the threat, as well as the nature of the intervention, that determines the appropriate level of evidence.

With most communicable disease threats, for example, the threat is immediate and the window of opportunity for effective intervention is narrow. Public health must act quickly if it is to act at all. In so doing, we must be prepared to make mistakes. Procrastination, while waiting for better evidence, will often mean that any opportunity to act effectively is lost. Society expects us to act in response to a

threat and has given us substantial authorities in support of this expectation. Even though the intervention may be Draconian – closure of a restaurant or a treatment order on an individual, for example – there is, and should be, a high degree of tolerance for acting in uncertainty.

There is another kind of public health intervention. It belongs to what I call *evangelical* public health. This occurs when public health chooses to intervene proactively in people's lives in the interest of promoting better health. The intervention usually is some form of health promotion, and usually in the form of health education.

There is a general view that because this intervention is so benign, it does not require a high standard of evidence. I disagree.

I well remember, as a grade school student in the late 1950s, being taught about the constituents of a healthy breakfast by a public health nurse. I was, apparently, sup-

posed to be eating eggs, bacon and whole milk for breakfast. At the time, it only made me feel guilty, because my parents preferred to feed me cereal and partly-skimmed milk. Now, I realize that the nurse's well-meant advice was actually bad advice and inadvertently fuelling the rampant epidemic of ischaemic heart disease.

Good intentions are not enough. If public health wishes to suggest that people stop doing things they enjoy or start doing things they may not otherwise choose to, we should be sure of our ground. There are two reasons for this. The first is the potential for bad advice to do actual harm. The second is the inherent harm of intruding into people's lives.

This requirement for sound evidence should not lead to public health paralysis. We do have sufficient evidence for many of our evangelical programs. I am arguing that we should be clear about the evidence and confident that it meets a reasonable

objective standard. If it does not, we should question our message. Promoting physical activity belongs in public health. Promoting breast self-examination to young women does not.

Ethics should become a mandatory part of public health training. We need ethicists who understand the unique dimensions and requirements of public health. Public health professionals need to be sensitized to ethical issues and their impact on public health practice. We need to care about the ethics of what we do.

I can think of no better way to end than to cite Dr. Upshur's intention "to stimulate debate, research and scholarship on an important dimension of public health practice." Agreed.

REFERENCE/RÉFÉRENCE

1. Upshur REG. Principles for the justification of public health intervention. *Can J Public Health* 2002;93(2):101-103.

ÉDITORIAL

La santé publique est-elle éthique ?

Richard Schabas, MD, MHSc, FRCPC

Les interventions de santé publique sont-elles éthiques ? Combien d'entre nous, en tant que professionnels de la santé publique, nous sommes-nous jamais posés cette question clairement ? Combien d'entre nous, nous estimons-nous qualifiés pour y répondre ?

Je suis dans le domaine de la santé publique depuis une quinzaine d'années et j'y travaille avec tous les titres universitaires qui y sont exigés. Toutefois, je n'ai reçu aucune formation en bonne et due forme à l'éthique. Et bien que j'ai souvent réfléchi, en passant, au côté éthique d'une décision médicale, je ne l'ai jamais fait dans le cadre d'une structure conceptuelle bien définie. J'ai de bonnes raisons de penser que je ne suis pas le seul dans ce cas.

On a assisté à une véritable renaissance de l'éthique médicale au cours des 25 dernières années. Le mouvement a commencé dans la recherche clinique où l'examen éthique indépendant est maintenant un élément essentiel de toute étude sur l'être humain. Ce mouvement s'étend désormais à la pratique clinique. En effet, de nombreux hôpitaux s'assurent maintenant les services d'un éthicien en résidence. Il s'agit habituellement d'un clinicien formé à l'éthique médicale que l'on consulte sur les politiques et dans les cas difficiles.

La santé publique a accumulé du retard. L'éthique ne fait pas partie de la formation de base des médecins de la santé publique ni, je pense, des autres professionnels de ce secteur. Elle n'est pas davantage intégrée à notre vie professionnelle. En effet, combien d'entre nous avons-nous consulté un éthicien au sujet d'une intervention de santé publique ?

La pratique de santé publique diffère grandement de la pratique médicale clinique. Les cadres d'éthique qui ont été mis au point pour la médecine clinique ne devraient pas être transposés à la santé publique sans se poser la moindre question. L'article de Ross Upshur,

qui tombe à point nommé dans ce numéro de la *RCSP*¹ marquera, je l'espère, le début d'un examen plus rigoureux de l'éthique dans les interventions de santé publique. Ce n'est pas sans importance car, en l'absence d'une éthique de santé publique bien définie, c'est l'éthique clinique qui va s'y substituer et s'appliquer, bien ou mal, dans la pratique de santé publique.

Pourquoi l'éthique de la santé publique diffère-t-elle de l'éthique clinique ? Je pense que la différence fondamentale vient du fait que la santé publique s'intéresse à la population alors que la médecine clinique se préoccupe de l'individu. Dans la pratique clinique, c'est en effet avec l'individu que l'on passe le contrat thérapeutique. Bien que les intérêts de l'individu puissent être mieux servis dans un cadre plus large (par ex. , la pratique *familiale*), en dernière analyse c'est le clinicien qui joue un « rôle fiduciaire », pour reprendre l'expression d'Upshur, afin d'agir dans le meilleur intérêt du patient, indépendamment – à quelques exceptions près – de l'intérêt de la société. C'est le consentement éclairé du patient ou de toute personne habilitée à le donner en son nom qui donne à ce contrat sa légitimité.

En santé publique, le contrat thérapeutique est passé avec la société dans son ensemble, et tire sa légitimité des politiques et des législations gouvernementales.

Les interventions et les programmes de santé publique sont justifiés par les avantages nets qu'ils procurent à l'ensemble de la population plutôt qu'à chaque individu en soi. En ce sens le « rôle fiduciaire » concerne l'ensemble de la société.

La santé publique peut intervenir auprès d'un individu, dans son intérêt, bien qu'à son insu. Cette intervention est légitimée par les pouvoirs investis dans les responsables de la santé publique, sous réserve des protections prévues par la Loi. Les praticiens cliniques ne peuvent intervenir qu'auprès des individus, d'une façon que ces derniers estiment être dans leur intérêt, et sous réserve de leur consentement éclairé. Il y a toutefois des exceptions à ce contrat clinique, notamment lorsque l'on demande à des cliniciens de jouer un quasi rôle de santé publique. On peut citer par exemple l'obligation faite aux médecins de déclarer aux pouvoirs publics tout individu dont l'état de santé ne lui permet pas de conduire en toute sécurité un véhicule à moteur.

Il y a des différences importantes de pratique – entre la santé publique et la pratique clinique – qui ont une grande influence sur la question des normes relatives aux preuves. En pratique clinique, le patient fait appel à un professionnel de la santé pour obtenir un service, habituellement parce qu'il a un problème. Le professionnel a pour obligation d'offrir au patient le meilleur traitement disponible. Si un traitement particulier a véritablement fait ses preuves, il doit être proposé. Si, comme c'est souvent le cas, il n'existe pas d'éléments probants convaincants, le praticien pourra proposer un traitement sur base d'une norme souple en matière de preuves. Libre au patient ensuite d'accepter ou de refuser le traitement qui lui est proposé. Dans la mesure où la recommandation est raisonnable et que le consentement est donné en toute connaissance de cause, le contrat clinique est rempli. En définitive, les interventions cliniques doivent respecter une norme de bienfait à la fois objective (soit en fonction de ce que la médecine considère comme raisonnable) et subjective (soit en fonction de ce que le patient est disposé à accepter).

En santé publique, le praticien accepte généralement de s'occuper d'un patient parce qu'il estime que ce dernier a un problème. Le patient pour sa part n'a rien demandé et peut ne pas être en mesure de

refuser le traitement proposé. Autrement dit, il faut donc que les interventions de santé publique soient tenues de respecter une norme de bienfait strictement objective. L'absence de consentement éclairé place la barre de la preuve beaucoup plus haut.

Je ne veux pas laisser croire par là que les interventions en santé publique doivent à tout coup respecter les normes les plus élevées en matière de preuves objectives, par ex., les essais cliniques aléatoires ou encore ce que l'on appelle des preuves de niveau A. Comme tous les autres professionnels de la santé, les praticiens de la santé publique doivent accepter l'incertitude et prendre des décisions en fonction d'une évaluation des principaux éléments probants *disponibles*. En outre, je suis d'avis que c'est la nature de la menace tout comme celle de l'intervention qui dicte le niveau approprié des éléments probants à prendre en considération.

Par exemple, dans la plupart des cas de maladies transmissibles, la menace est immédiate et le créneau d'intervention pour que cette dernière soit efficace est très étroit. La santé publique doit agir rapidement si elle doit intervenir. Ce faisant, il faut s'attendre à faire des erreurs. Procrastiner en attendant de meilleures preuves signifie souvent que l'on perd l'occasion d'intervenir avec efficacité. La société attend de nous que nous réagissions aux menaces en nous donnant des pouvoirs importants pour ce faire. Même si une intervention peut s'avérer draconienne – fermeture d'un restaurant ou injonction de traitement à un individu par exemple – l'action dans l'incertitude doit faire l'objet de beaucoup de tolérance.

Il existe un autre type d'intervention en santé publique qui fait partie de ce que j'appelle la santé publique *évangélique*. C'est le cas lorsque la santé publique décide d'intervenir proactivement dans la vie des individus en vue de promouvoir une meilleure santé. Ce type d'intervention correspond habituellement à une forme de promotion de la santé, et souvent plus qu'autrement, d'éducation à la santé.

On pense en général que ce type d'intervention est si mineur qu'il n'exige pas de norme élevée en matière de preuve. Je ne suis pas d'accord.

Je me souviens que lorsque j'allais à l'école primaire à la fin des années 1950, une infirmière de la santé publique nous

enseignait ce qu'était un petit-déjeuner sain. D'après ce qu'elle disait, j'étais sensé manger des oeufs au bacon et boire du lait entier. À l'époque, je me sentais coupable parce que mes parents préféraient me donner des céréales avec du lait partiellement écrémé. Aujourd'hui, je réalise que les conseils bien intentionnés de l'infirmière n'étaient pas bons et, par inadvertance, alimentaient en fait l'épidémie généralisée de cardiopathies ischémiques.

Il ne suffit pas d'avoir de bonnes intentions. Si la santé publique veut voir les gens cesser de faire les choses qu'ils aiment ou commencer à faire des choses qu'ils ne choisiraient pas de faire autrement, nous devons être certains de notre coup. À cela il y a deux raisons : la première correspond au risque de nuire en donnant de mauvais conseils et la seconde au dommage inhérent qu'il y a à se mêler de la vie des gens.

Le besoin de s'appuyer sur des preuves solides ne doit pas entraîner la paralysie de la santé publique. En effet, pour un grand nombre de nos programmes évangéliques, nous disposons de suffisamment d'éléments probants. Je dis plutôt que nous ne devrions pas avoir de doutes sur les preuves dont nous disposons et être confiants que ces dernières répondent à une norme raisonnablement objective. Si tel n'est pas le cas, nous devrions nous interroger sur notre message. La promotion de l'exercice physique relève bien de la santé publique. Par contre, la promotion de l'auto-examen des seins auprès des jeunes femmes n'en fait pas partie.

L'éthique devrait obligatoirement faire partie de toute formation à la santé publique. Nous avons besoin d'éthiciens qui comprennent les dimensions et les exigences bien spécifiques de la santé publique. Les professionnels de la santé publique doivent être sensibilisés aux questions éthiques ainsi qu'à leur influence sur la pratique de la santé publique. Nous devons nous préoccuper davantage de l'éthique.

Pour conclure, je ne trouve pas de meilleure façon de faire que de citer l'intention du Dr Upshur de « stimuler le débat et encourager la recherche et la connaissance sur une dimension importante de la pratique en santé publique ». Entièrement d'accord.