

Reclaiming comprehensive public health

Rene Loewenson ,¹ Kirsten Accoe ,² Nitin Bajpai,³ Kent Buse ,⁴ Thilagawathi Abi Deivanayagam,⁵ Leslie London,⁶ Claudio A Méndez ,⁷ Tolib Mirzoev ,⁸ Erica Nelson ,⁹ Ateeb Ahmad Parray ,¹⁰ Ari Probandari,¹¹ Eric Sarriot ,¹² Moses Tetui ,¹³ André Janse van Rensburg¹⁴

Loewenson R, *et al. BMJ Global Health* 2020;**5**:e003886. doi:10.1136/bmjgh-2020-003886

Cette traduction a été faite à partir du texte et avec l'aide du traducteur deepL

<https://www.deepl.com/fr/translator>

Le texte nous a semblé important et mériter une traduction presque intégrale ! Certains passages sont complexes et la traduction peut être une interprétation personnelle.

Le texte est intéressant pour plusieurs raisons. Les auteurs sont originaires de plusieurs pays et continents ce qui rend leur écrit très fort. Ils prennent du recul par rapport à la pandémie et proposent une réponse de santé publique internationale reposant sur plus de démocratie sanitaire en particulier dans la prise en compte des capacités de populations à se mobiliser et aussi à apporter des réponses originales. Ils engagent une réflexion que nous avons déjà et nous sommes heureux de la voir partagée par d'autres dans le monde. Ils ne restent pas centrés sur la contestation des scientifiques mais incitent au contraire à élargir les démarches scientifiques aux compétences locales et associatives en particulier dans l'interprétation des mesures prises et de leurs conséquences.

La bibliographie n'a pas été traduite. Le lecteur la retrouvera dans la version originale.

Pour Les Colibris en santé Georges Picherot le 8/11/2020 <https://www.descolibrisensante.fr/>

Résumé

►► Les Réponses mondiales et nationales à la pandémie de COVID-19 mettent en évidence une tension entre la biosécurité, autoritaire avec parfois des approches militarisées de la santé publique et, par contraste les approches globales tenant compte des déterminants sociaux fondés sur la participation et le respect des droits .

►► Certains principes érigés par l'autorité centrale peuvent limiter les droits dans l'intérêt de la santé publique dans certaines circonstances. Mais, pour être efficaces, les mesures prises dans une pandémie prolongée comme COVID nécessitent une coopération, une communication, une participation aux prises de décision et une action qui préserve les principes de Syracuse (ONU 1984 voir encadré) en respectant de la dignité des personnes et les réalités et les capacités locales .

►► Pourtant, il y a de plus en plus de preuves d'une réaction dominante à COVID-19 où les décisions sont prises et appliquées de manière trop centralisée et non transparente, de haut en bas souvent avec de type militaire. Même s'il est prouvé que cela apporte un préjudice pour la santé publique et les droits de l'homme.

►► A l'inverse, les expériences de programmes complets de santé publique axés sur l'équité, les approches participatives , et qui utilisent diverses sources de connaissances, disciplines et les capacités, sont plus efficaces pour répondre aux besoins du défi du 21^e du siècle : les pandémies, le climat, l'alimentation et les crises énergétiques, l'inégalité sociale croissante, les conflits et d'autres menaces pour la santé.

INTRODUCTION : DIFFÉRENTES APPROCHES DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À LA COVID-19

Au cours des six derniers mois, nous avons été témoins de la diversité dans la diffusion et la gravité de la COVID-19 et dans la nature et le calendrier des réponses à ce problème dans différents pays et contextes. Les urgences aiguës mobilisent souvent un bref élan d'attention et de ressources. COVID-19 est cependant une pandémie prolongée qui se propage et exacerbe les problèmes socio-économiques, les inégalités et met l'accent sur la santé et les systèmes démocratiques d'une manière qui appelle des réponses durables à tous les niveaux du local au mondial.

Les manières dont les différents gouvernements ont répondu à la COVID-19, soulignent à la longue les tensions entre les directives et les approches de la santé publique. De manière générale, une des approches considère les personnes en tant que possédant des droits qui devraient activement être respectés dans des interventions proactives afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé, d'une manière respectueuse des droits et de la sécurité humaine. En revanche, la seconde approche considère les personnes comme des objets de réaction répondant aux « commandes » techniques et biomédicales qui contrôlent les interventions. Dans cette approche des mesures de biosécurité sont prises pour protéger les populations contre les agents pathogènes nuisibles et rapidement mises en œuvre par des régimes autoritaires et militarisées. Les épidémies sont considérées comme une menace pour les et les intérêts politiques et la sécurité.

Les deux approches intègrent la connaissance mais de manières différentes et pour des fins également différentes. Si ces deux cadres ont coexisté, ont été contestées et ont été appliquées, parfois ensemble, depuis plus de deux siècles, COVID-19 a exacerbé la tension entre eux. Cela a des implications à plus long terme pour la façon dont la santé publique est comprise et les défis sanitaires sont relevés de manière efficace. Dans cet article, nous mettons en évidence les carences et les méfaits d'une biosécurité dominante et d'un encadrement autoritaire de la santé publique. Nous plaçons en faveur d'une approche globale et participative, une approche inclusive de la santé publique qui intègre droits, dimensions sociales et diversifie les sources de connaissances, de preuves et d'innovation. Ceci dans le but de maintenir l'équité comme un but essentiel. Les limites des principes de précaution doivent porter sur les droits individuels. Des normes ont été établies pour concilier les deux.

Quand le risque est élevé et qu'il existe des mesures efficaces pour la population, telles que la vaccination ou le traitement de l'eau, les décisions peuvent être prises au niveau central pour assurer la protection la plus large de la population, surtout lorsqu'il n'existe pas de solutions de remplacement pouvant procurer les mêmes avantages à la population.

Le Niveau central des mesures peut être mis en œuvre pour investir dans les technologies, guider et soutenir les actions locales à assurer une couverture universelle. Une urgence aiguë ou une évolution dramatique de la pandémie peut nécessiter une réponse rapide et de grande envergure.

Toutefois, la pandémie de COVID-19 présente un cas complexe, où les effets directs et indirects des mesures mises en œuvre à différents niveaux continuent d'émerger. Cette pandémie prolongée nécessite une coopération et une communication efficace entre les autorités nationales et locales et les communautés de manière à garantir le respect de la dignité des personnes, en tenant compte des diversités culturelles, des réalités locales. Les décisions prises en santé publique exigent des preuves provenant de diverses disciplines et sciences, ainsi qu'un appui sur des expériences et des évaluations à tous les niveaux, avec une communication sur la façon dont les compromis ont été décidés. Des réponses efficaces et simplifiées ne peuvent pas systématiquement être importées d'un endroit à un autre sans les adapter aux divers contextes. Les méthodes participatives, transparentes sont génératrices de la confiance des exécutants et des populations dans les autorités. Bien que la réponse de santé publique ne soit pas

indépendante du contexte sociopolitique général, son encadrement et la mise en œuvre peuvent toutefois corriger les inégalités et renforcer l'autonomisation sociale, la cohésion, la solidarité et la sécurité humaine. Comme l'ont constamment souligné les Nations Unies (ONU) et ses agences, collectivement, nous ne sommes pas plus à l'abri des risques que les plus vulnérables de la société. Si les mesures de protection ne tiennent pas compte des risques et des vulnérabilités, nous serons tous en insécurité.

Comme une pandémie mondiale, COVID-19 nécessite donc également une coopération, une communication et une solidarité entre les pays et les organisations internationales comme prévu dans le Règlement sanitaire international (RSI/IHR 1985), avec ses Objectifs de Développement Durable associés aux déclarations de 1978 et 2018 sur les soins de santé primaires.

Comment allons-nous juger la réponse de santé publique à COVID-19 ? Était-elle axée sur les droits, participatifs, sur l'équité, la compassion et la solidarité ? T a-t-il eu des preuves d'efficacité des mesures et des expériences diversifiées disponibles de manière transparente ? Y a-t-il eu une stratégie, fondée sur les valeurs éthiques des décisions et des interventions ? Le dialogue ouvert, l'autoréflexion, le partage de l'information et la citoyenneté active ont-ils été encouragés ?

PREUVES DE PRÉJUDICES DANS UNE BIOSÉCURITÉ AUTORITAIRE RÉPONSE

Au fur et à mesure que la pandémie se développera, le recul permettra de mieux évaluer des réponses à ces questions. Pourtant, dans un contexte d'accélération rapide de la pandémie de COVID-19, les preuves s'accumulent déjà de décisions ayant été prises dans un contexte centralisé et organisé de haut en bas de manière à limiter les choix locaux, alors que la flexibilité locale était demandée et assumée pour améliorer la réactivité des populations et des systèmes de santé.

Alors que les rapports suggèrent que des réponses strictes au début de la pandémie ont été associées à une baisse de la propagation de COVID-19 dans certains pays, des mesures de confinement prolongé, les interdictions et les quarantaines posent des problèmes aux personnes déjà vulnérables. Dans une série de pays et de contextes on note une accumulation de la dette de santé due à la perte de revenus, une insécurité alimentaire, et les effets de la solitude comme le fait de mourir seul. Les problèmes de santé mentale se sont amplifiés. On a noté aussi une discontinuité de la prévention, de la promotion et des soins pour les autres maladies. C'est notamment le cas lorsque les mesures sont prolongées, elles négligent les réalités vécues et ciblent de manière disproportionnée les populations défavorisées et ne leur offrent pas une protection sociale adéquate.

Une préoccupation importante et immédiate est la militarisation et l'utilisation de "récits de guerre" qui comparent COVID-19 avec une bataille en établissant un lien entre la pandémie et le fait d'être en guerre. On se réfère à "l'ennemi", avec des appels à "sauver l'économie". Et les travailleurs essentiels sont étiquetés "guerriers de la ligne de front". Les militaires peuvent contribuer à la mobilisation de la logistique et des infrastructures. Cependant, dans de nombreux pays du monde, les forces de sécurité de l'État et non les travailleurs de la santé publique ou le personnel local chargé de l'application de la loi a été déployé dans les communautés défavorisées pour contenir la propagation de COVID-19. Le personnel militaire déployé dans ces communautés répond d'une manière inadéquate avec la force, malgré les difficultés de beaucoup à respecter les mesures en particulier les migrants, ou les sans-abri.

De diverses régions du monde, on a signalé de multiples abus par la police ou l'armée pour réprimer des violations du couvre-feu ou du confinement. Des expulsions forcées, des arrestations, des meurtres ou des décès en détention ont été rapportés. Par exemple, l'Afrique du Sud a enregistré 230 000 arrestations et 11 décès par les forces de sécurité entre mars et avril pendant son confinement. Ces derniers mois, les agences de l'ONU font état de centaines de milliers de personnes arrêtées pour COVID-19 dans un certain nombre de pays du monde entier. Ces réponses militarisées à la COVID-19 reposent sur un concept de biosécurité autoritaire avec des contraintes souvent drastiques et rapides effectuées par des appareils de sécurité qui n'informent pas le public en temps utile et de manière transparente. Il s'agit d'actions

comparables à celles que les gouvernements prennent en temps de guerre, en ignorant le rôle crucial qu'un public informé peut jouer un rôle pour donner des réponses efficaces en matière de santé publique . COVID-19 a été déclarée urgence nationale en de nombreux pays, après que l'OMS ait nommé la COVID-19 « urgence de santé publique de portée internationale », comme définie dans le RSI de 2005. Toutefois, cette définition a ensuite été utilisée pour appliquer des lois centralisées en urgence par le pouvoir exécutif. Ces actions ont souvent été faites sans information publique claire et pertinente sur la justification scientifique ou la stratégie de sortie, souvent sans engager les résidents locaux ou leurs représentants et sans considération de la faisabilité de la mesure par exemple en exigeant une distance physique dans des lieux surpeuplés et les taudis. Les entreprises privées et les gouvernements ont introduit la surveillance des mouvements de personnes par les plates-formes de téléphonie mobile et par satellite dans de nombreuses régions du monde, utilisant souvent les pouvoirs d'urgence pour envahir la vie privée et d'autres droits .De telles pratiques suscitent des inquiétudes quant à la mise en place .Cette surveillance est dite temporaire, nécessaire et proportionnée à la pandémie mais son utilisation va provoquer des changements radicaux dans la façon dont nous interagissons avec la santé qui devient numérique et technologie sans tenir compte d'autres implications futures .De vastes quantités de données sur la santé sont stockées par des entités qui ne sont souvent pas sous contrôle public. Les réponses militaires dans le domaine de la santé mondiale sont l'héritage du colonialisme et de la médecine coercitive,. Au cours des dernières décennies les agences de sécurité ont perçu que les épidémies constituent une menace pour les intérêts économiques et stabilité politique. Le VIH et le virus Ebola ont tous deux été identifiés par l'ONU en tant que menaces pour la paix et la sécurité, et les militaires ont été déployés dans les communautés lors de l'épidémie d'Ebola de 2014 en Afrique de l'Ouest. Une réponse militarisée en matière de biosécurité n'est pas unique à COVID-19.

Cependant, la mise à l'écart de l'expertise des ministères de la santé, du personnel de santé publique et des associations en situant la gestion de COVID-19 dans des secteurs de sécurité centralisés avec une faible expérience de la santé publique modifie fondamentalement la nature de la réponse. Elle peut détourner des ressources vers les secteurs de la défense ou vers des secteurs réactifs, coercitifs en faisant une promotion de la peur. Les réponses s'éloignent d'un raisonnement qui tient compte de la complexité des systèmes adaptatifs nécessaires à une action publique efficace et durable. C'est le cas pour des interventions sanitaires comme les tests, la traçabilité et la protection. Lorsque l'armée a répondu à l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 dans l'ouest de l'Afrique on estime que cela a coûté trois fois plus que ce qui aurait été nécessaire pour mettre en place un l'infrastructure du système de santé local et civil. Les Approches de biosécurité militarisées et trop centralisées minent la cohésion sociale et la solidarité, et encouragent la désignation de boucs émissaires en utilisant par exemple un discours péjoratif sur les migrants, les réfugiés, etc. Les minorités sont considérées comme des menaces dans la propagation de la pandémie, impliquent une discrimination. Cette approche peut renforcer une ascension de l'extrême droite, autoritaire et nationaliste, associée à la polarisation, au populisme et au racisme, qui se manifestent de différentes manières dans régions. Organiser les réponses de santé publique de cette manière peut fomenter la discrimination, même involontairement, et à long terme faire perdre la confiance sociale sur le terrain. En exigeant l'obéissance au commandement, plutôt que la solidarité et l'action éclairée, et le recours au droit pénal pour imposer un changement de comportement, ces mesures vont affaiblir paradoxalement le respect des mesures comportementales. Les réponses autoritaires de biosécurité et l'absence de prise en compte des échecs -y compris ne pas tirer les leçons des épidémies précédentes – risquent de miner les valeurs, les droits et les connaissances dont dépend la santé publique. Ne pas écouter les associations et les professionnels de terrain peut conduire à des restrictions plus sévères à l'égard de certains groupes ce qui contribuera à l'aggravation des inégalités. Par exemple, les Couvre-feux privent les travailleurs modestes de leurs moyens de subsistance, alors que seuls les plus qualifiés peuvent tirer parti du travail à distance ou de l'enseignement à domicile. Les mesures sont imposées et peu claires. Les informations tardives et contradictoires suscitent la peur, la colère, la méfiance et des problèmes sur la santé mentale ce qui peut entraîner des comportements

anormaux. Ignorer les réalités sur le terrain génère une difficulté et un retard pour les soins des personnes souffrant d'autres affections qui ne peuvent plus chercher ou obtenir des soins adéquats. Ces réponses vont nuire potentiellement à la relation entre les populations et l'État qui contribuent à la santé publique, et exacerbent les déterminants d'une mauvaise santé, tels que l'augmentation la violence sexiste pendant les périodes d'enfermement.

L'exclusion prolongée de scolarisation, touche surtout les enfants à faibles revenus, et s'associe aussi à une insécurité alimentaire. Ces conséquences peuvent saper le soutien à des mesures efficaces et peuvent être hautement contre-productif pour contenir une pandémie ou ses effets sur la santé à plus long terme. Les réponses apportées dans le domaine de la santé ont également entraîné un déplacement des fonds et des décisions aux grands acteurs privés.

La Réorganisation les organismes nationaux de santé publique et de manière sélective l'absence d'appui sur des preuves de santé publique en consultant les experts et le personnel de terrain peuvent être gaspilleurs, démoralisants et contre-productifs. Alors que la privatisation et la marchandisation des systèmes de santé publique ne sont pas nouveau, la pandémie a fourni l'occasion de l'intensifier dans certains contextes.

Contrairement aux approches qui coordonnent l'action du secteur privé sous la direction du secteur public, la justification de ces changements par l'urgence place un écran de fumée sur la manière dont l'austérité et la privatisation à long terme peuvent elles-mêmes compromettre la possibilité d'une réponse efficace de santé publique.

Ignorant les rappels de l'OMS sur le fait que le risque de pandémie demeure tant que tous ne sont pas protégés, un sentiment de menace et d'autoprotection a conduit à l'inéquitable constitution de stocks de technologies sanitaires essentielles et de doses de vaccins préemptés par nationalisme dans les pays à hauts revenus. Ceci sape la prévention des risques par une solidarité internationale, que vise à le RSI de 2005.

Les lois d'urgence permettant une biosécurité ont modifié l'équilibre des pouvoirs des dirigeants des gouvernements, permettant la collecte internationale de millions de dollars mobilisés à partir des recettes publiques pour être utilisés sans contrôle parlementaire ou public adéquat. De larges pans de la population luttent pour survivre économiquement à la perte de revenus liée au confinement et faire face aux conséquences de la crise en particulier sur la santé mentale.

PREFERER UNE RÉPONSE GLOBALE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

La biosécurité n'est pas égale à la santé publique. La santé publique est « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et la promotion de la santé grâce aux efforts d'organisation de la société ». Elle est mise en œuvre par la participation aux choix (organisés et informés) de la société, des populations de l'état et non des structures centralisées de l'état. Elle agit sur le plan social sur les déterminants de santé et sur l'équité en matière de santé à partir des niveaux structurels. Elle est suivie par des décisions politiques qui vont organiser des services et prendre des mesures sociales pour assurer et améliorer les conditions et les capacités en matière de santé et de bien-être pour tous.

Nous ne pouvons pas permettre que la réponse à COVID-19 réduise la santé publique dans la pratique institutionnelle et dans l'esprit du public à la seule biosécurité, en traitant les gens comme des objets et non des sujets et en sapant les connaissances, l'équité, les droits reconnus par des décennies de travail préalable. Nous devons protéger et faire progresser une santé publique ancrée dans l'intérêt public et dans le public ; c'est-à-dire qu'elle doit être proactive, efficace, participative et fondée sur des principes justes fondés sur des preuves scientifiques et sociales...Cela commence par une relation différente avec le niveau local, les associations, en tant que question de droits et de justice et pour l'efficacité de la santé publique. Organisation locale, connaissances en matière de santé, leadership local, idées, innovations et l'action sont

toutes nécessaires pour prévenir l'infection et fournir une protection et des soins sociaux. Ils sont essentiels pour une réponse efficace en matière de santé publique.

Les exemples sont nombreux de la participation positive de la population à la réponse à COVID-19 de toutes les régions du monde. Ils montrent des alternatives en matière d'action sociale et des collaborations entre associations ou communautés et des États qui contrastent avec des réponses trop centralisées en matière de biosécurité. Alors que nous entrons dans le sixième mois de la déclaration de cette pandémie, nous devons mieux dialoguer et travailler avec le public et respecter des professionnels de terrain, partageant les connaissances et les informations pour comprendre les risques et agir en conséquence. Nous devons protéger une approche éthique, scientifique et fondée sur les droits donc une approche de la santé publique, telle que les principes de Syracuse élaborés par l'ONU et l'OMS (indiqués dans l'encadré). Comme tous les principes fondés sur le respect des droits, de tels principes prennent vie lorsqu'ils sont connus, mis en œuvre et soutenus par tous de manière à construire un pouvoir collectif, plutôt que pouvoir dominant. Les principes sont sujets à interprétation. Les décisions sont prises dans l'intérêt du « bien être public », donc, doivent s'appuyer sur les connaissances techniques, les preuves, la consultation des professionnels et des associations et doivent inspirer les intérêts sociopolitiques et les pouvoirs qui sont responsables de l'information et de l'adhésions aux mesures prises sous leur responsabilité. Les preuves et l'application doivent s'appuyer sur toute la gamme des connaissances, y compris celles des exécutants et à partir des expériences vécues par les populations.

Par opposition à une autoprotection la santé en tant que droit de l'homme doit être comprise et mise en œuvre comme une responsabilité collective, dans les pays et au niveau mondial. Les acteurs de la santé, les dirigeants et les communautés doit coconstruire des options, pour la réponse à la COVID-19, qui sont acceptables et réalisables, et favoriser la participation des populations affectées. Pour ce faire, il faut notamment une conception proactive de mesures par le biais de la gouvernance et un engagement plus profond et plus nuancé avec les professionnels locaux de la santé et des services sociaux, les associations de la société civile et les différents groupes, y compris les communautés et les jeunes marginalisés. Ce type de participation permet d'interpréter et d'adapter les orientations pour mettre en œuvre efficacement les réponses clés, y compris les tests, la recherche et la protection des personnes ; la prévention et le contrôle des épidémies et le soutien les groupes vulnérables.

Elle appelle également à une amélioration significative de la communication qui doit être honnête avec des messages appropriés et adaptés aux besoins divers, et une sensibilisation à la santé pour une action et une responsabilité éclairée. Il est important que l'information sur les mesures de lutte contre les épidémies soit associée à des dispositifs de soutien et des stratégies de sortie de crise.

Cela demande aussi qu'une attention explicite soit accordée à l'équité, la non-discrimination de manière à établir la confiance et à combattre la stigmatisation, le racisme et la xénophobie. Nous avons tiré les enseignements de la réponse au VIH, où les personnes affectées elles-mêmes ont défié le silence, la négligence et la stigmatisation et ont cocréé une collaboration active de la base au sommet. Dans l'épidémie liée au virus Ebola en Afrique et dans la pandémie COVID-19 il y a eu aussi de nombreuses expériences positives qui sont utiles l'organisation de la santé publique.

CONCLUSION : CHOISIR UNE APPROCHE GLOBALE ET PARTICIPATIVE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

COVID-19 sera avec nous pour le long terme. Ce ne sera pas la dernière pandémie. Nous n'avons pas besoin par notre réponse (et ne devrions pas) de contraindre, terrifier, fatiguer, saper et nuire à la confiance du public et des systèmes de santé. Nous avons besoin d'une réponse de santé publique qui promeut la communication, la compréhension, l'apprentissage, les capacités, la responsabilité, les innovations locales et la solidarité mondiale. COVID-19 a stimulé une extraordinaire mobilisation de réponses en un court laps de temps. Elle offre une occasion d'apprendre, de réfléchir et de construire une forme efficace de santé publique pour répondre aux multiples crises du 21^{ème} siècle, notamment les

futures pandémies, le climat, l'alimentation, l'énergie, la précarité du travail, les inégalités sociales grotesques et croissantes, les conflits et d'autres menaces. Dans la mesure où il y a eu une la tendance à une biosécurité centralisée et autoritaire des réponses, il y a eu aussi des mouvements de contestation demandant une approche globale, sociale, déterminante et participative reposant sur une santé publique juste, dans tous les pays et donc à l'échelle mondiale. Réclamons, soutenons, investissons la mise en œuvre d'une version nouvelle de la santé publique.

Le Conseil économique et social des Nations unies a élaboré les principes de Syracuse en 1984 pour guider les États dans l'exercice de ses pouvoirs pour les mesures qui limitent les libertés individuelles en particulier au cours de pandémies Ces mesures doivent :

1. s'exercer conformément à la loi.
2. Avoir un objectif clair de santé publique visant à améliorer ou à maintenir la santé en organisant des services et des fonctions essentielles, avec un objectif légitime d'intérêt général.
3. S'appuyer sur des preuves scientifiques et ne sont pas rédigées ou imposées arbitrairement.
4. Être strictement nécessaire dans une société démocratique pour atteindre l'objectif.
5. Être bien ciblées, grâce à l'alternative la moins restrictive, ne s'appliquant pas à plus d'individus que nécessaire pour la santé publique, et s'assurer qu'il n'existe pas de moyens moins intrusifs et restrictifs pour atteindre le même objectif.
6. Être fondées sur le principe de précaution.
7. Comprendre une éducation permanente en matière de santé publique avec des actions de sensibilisation pour encourager faciliter et promouvoir la participation de la communauté à la réalisation les objectifs de santé publique.
8. Respecter la dignité humaine et ne pas faire de discrimination illégale contre des individus.
9. Être d'une durée limitée et soumise à révision.